

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 341

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Etienne BOULARD

Contribution à l'étude

de la

STATISTIQUE DE LA SURVIE

après l'Opération du Cancer du Sein

Président : M. le Professeur **LEJARS.**

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, Boulevard Saint-Germain

1922

154

341

ERRATA

Page 22, ligne 7

lire : 25/50 au lieu de 25/30.

Page 28, ligne 27, 28 et 29.

Au lieu de : Ces nombres sont inscrits par année, etc. lire : Les nombres des survivantes inscrites à chaque étape annuelle post-opératoire sont additionnées de même et les totaux ainsi obtenus sont notés sur la première ligne horizontale au bas du tableau.

Page 40, ligne 18

lire : Base 146-136-128 et non pas 118.

Page 53 (tableau)

Les 3 indications, de plus de 10 ans, de plus de 5 ans, de plus de 3 ans, lignes 4, 9 et 11, doivent être reportées respectivement aux lignes suivantes : 5, 10 et 12.

Page 76, ligne 30

En général au lieu de et général.

Page 98, ligne 23

lire : Dr Feit au lieu de Fenigo.

186

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

par

Etienne BOULARD

Contribution à l'étude

de la

STATISTIQUE DE LA SURVIE

après l'Opération du Cancer du Sein



Président : M. le Professeur LEJARS.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, Boulevard Saint-Germain

1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN :

PROFESSEURS :

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Chimie organique et chimie médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie et Thérapeutique générale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecin légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
 céphale
 Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchement

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 Ch. RICHET
 André BROCCA
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 Marcel LABBE
 RENON
 LECENE
 LETULLE
 PRENANT
 POUCHET
 CARNOT
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD
 MENETRIER
 ROGER
 ACHARD
 WIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MARFAN
 NOBECOURT

X.

JEANSELME
 Pierre MARIE
 TEISSIER
 DELBET
 LEJARS
 HARTMANN
 GOSSET
 DE LAPERSONE
 LEGUEU
 BAR
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 J. L. FAURE
 Auguste BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOIN
 BLANCHETIERI
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMARET

DUVOIR
 FIESSEINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 GUILLEMINOT
 HEINTZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (Henri)
 LAIGNEL-LAVASTINE
 LANGLOIS

LARDENNOIS
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBoullet
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT

RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A)
 TANON
 TERRIEN
 TIFFENEAU
 VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON FRÈRE
LE DOCTEUR PIERRE BOULARD
RADIOLOGISTE A ALENÇON
MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 2^e CLASSE
AU 155^e RÉGIMENT D'INFANTERIE
tué à la Harazée (bois de la Grurie)
le 30 Juin 1915

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE
TOUS DEUX DÉCÉDÉS PENDANT LA GUERRE
en témoignage de pieux et reconnaissant souvenir.

A MA SŒUR MARIE
*en témoignage d'affectueuse
gratitude.*

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR *LEJARS*
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LA FACULTÉ
DE PARIS

*qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE JEMTEL, D'ALENÇON
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL D'ALENÇON

*qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS
A L'ECOLE DE MEDECINE
ET DANS LES HOPITAUX

M. BARTH

MÉDECIN DES HOPITAUX

M. DEBOVE (IN MÉMORIAM)

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. ROGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA F.M.

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. TUFFIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. ROUTIER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. POZZI (IN MÉMORIAM)

PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA F.M.

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

M. BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Les rapports et les communications présentées à Strasbourg, en octobre dernier — au 30^e Congrès français de chirurgie, « sur les résultats éloignés de la chirurgie du cancer du sein, n'ont pas, semble-t-il, apporté des améliorations très notables sur les résultats de 1908 — résultats exprimés à cette époque au congrès international de chirurgie de Bruxelles et déjà mis en lumière par de nombreux chirurgiens.

Pourtant, les opérations élargies, la technique de mieux en mieux réglée, l'éducation commencée des populations sur la nécessité d'opérations précoces, enfin l'exposé par Sampson Handley de la dissémination lymphatique conduisant l'opérateur à disséquer avec soin les aponévroses « propagatrices », avaient légitimé les plus grandes espérances sur des résultats éloignés meilleurs.

Plusieurs raisons pourraient être invoquées qui expliqueraient peut être cette déception. Nous avons voulu nous borner à en chercher une dans la façon d'établir d'abord et d'interpréter ensuite les statistiques,

Ces statistiques, souvent établies d'ailleurs sans différenciation des cas, rapprochant des tumeurs avancées et des cas plus favorables, donnant du tout un pourcentage « en vrac » — pourcentage dont le principe même est souvent inexact — arrivent à des conclusions erronées et disparates.

Les éminents rapporteurs du Congrès de Strasbourg, MM. Forgue, de Montpellier, et Walther, de Paris, n'ont pas été sans remarquer, dès le début de leur étude, la nécessité d'identifier les renseignements et les méthodes et c'est — comme nous l'exposerons plus loin — répondre à leur premier desideratum que d'entreprendre ce travail.

A la fin de nos études, après la guerre, nous avons eu l'occasion de passer près d'une année dans le service du docteur Le Jemtel, à l'hôpital d'Alençon, et pendant cette période, nous avons vu beaucoup de malades opérées anciennes ou récentes de ce chirurgien.

Celui-ci, ayant communiqué à Strasbourg sa statistique complète nous a donné l'idée de la revoir en détail et de l'analyser.

Il s'agit de 151 interventions, dont cinq itératives ce qui réduit le nombre des malades à 146.

Nous avons recherché patiemment ce que toutes étaient devenues, en nous enquérant auprès des médecins et des familles—et nous avons considéré comme décédées au cours de la première année post-opératoire, les malades sur lesquelles nous ne pouvions avoir aucun renseignement.

Nous tenons à remercier M. Le Jemtel, de son obligeance à notre égard.

Nous disions que ce travail répondait aux desiderata exposés par MM. Forgue et Walther.

En effet, M. Forgue commence son rapport par les quatre questions suivantes :

« 1^o Quels sont les résultats, stables et contrôlés à distance, que nous fournissent, dans le traitement du cancer du sein, nos techniques modernes et dans quelles mesures, ces opérations élargies, à l'américaine, ont-elles pu accroître la curabilité réelle de ces tumeurs ;

2^r Quelles sont les conditions cliniques, anatomo-pathologiques et techniques qui peuvent influencer sur cette curabilité opératoire ;

3^o Quels progrès ou moyens complémentaires devons-nous mettre en œuvre pour favoriser ou stabiliser nos résultats chirurgicaux.

4^o Dans quel sens devons-nous réformer nos méthodes statistiques — (unification des feuilles de renseignements, à l'instar des Américains et des Suisses ; unification de la nomenclature anatomo-pathologique ; identification des techniques) de façon à rendre nos résultats exactement comparables et à permettre une action concertée, internationale en vue de leur améliorations ? (1) ».

Des ces quatre questions nous ne voulons et ne pouvons en envisager que deux dans notre modeste contribution.

La 1^{re}, en exposant les résultats contrôlés de la pratique de M. Le Jemtel que nous départagerons en plusieurs catégories.

La 4^e, surtout, en exposant en détail les procédés statistiques que nous avons employés — et qui disons-le dès maintenant, sont en principe ceux même de M. Walther — également rapporteur au congrès.

Nous dirons la valeur respective que nous accordons à ces différents procédés. Et nous joindrons à la froide

(1) Forgue, in Rapport du 30^e Congrès de Chirurgie à Strasbourg, p. 155 et 156.

énumération des chiffres la transcription graphique que nous en avons faite. — Cette traduction en courbes nous paraissant donner une bien meilleure vue d'ensemble des faits — du total des faits — et surtout de leur évolution dans le temps.

La 2^e question concernant l'anatomie pathologique et l'histologie ainsi que la 3^e (thérapeutique spécialisée, Rayons X, Radium, technique opératoire) sont bien au-dessus soit de nos informations, soit de notre compétence. Nous les laisserons donc de côté — bornant, répétons-le notre contribution à :

1^r L'exposé des différentes méthodes de pourcentage — et la meilleure application, croyons-nous, que l'on puisse faire de la meilleure méthode ;

2^r L'application de ces méthodes aux résultats des 146 cas d'opérées de cancer du sein provenant de la pratique de M. Le Jemtel pendant une période de 15 années de pratique professionnelle — en joignant les tableaux en nombres de cette statistique et leur transport en courbes graphiques.

CHAPITRE I

Les deux modes de pourcentage — % global — % vrai

1° Pourcentage global, 2° pourcentage vrai;

Les deux procédés d'application

Les différents procédés d'application du pourcentage.

1° par année millésime isolée;

2° par années post-opératoires : soit isolées, soit successives.

1° Procédés de statistique.

Nous suivrons attentivement les différentes façons de procéder qu'emploie M. Walther dans l'exposé de statistique [Note 1] personnelle qu'il publie à la suite de son rapport sur cette question au récent congrès de Strasbourg (pages 205 à 209).

Nous tiendrons compte des très judicieuses remarques qu'il ajoute, en note, au texte de ce rapport, et sur la portée desquelles nous aurons à revenir.

(1) La statistique peut se définir « la science qui a pour objet le groupement méthodique des faits sociaux qui se prêtent à une évaluation numérique. »

C'est donc un chapitre de Biométrie.

Cette définition comporte, outre l'évaluation des variations en nombre, également l'évaluation des variations en durée, puisqu'il s'agit de phénomènes biologiques, c'est-à-dire évoluant dans le temps.

I^o Premier procédé (1)

Pourcentage global.

Il consiste à établir le rapport existant entre le nombre de survivantes guéries (pour un nombre d'années variable : de 3 ans et plus ; de 5 ans et plus, etc.) et le nombre total-global des opérées que comporte la période d'années pour laquelle on veut établir une statistique. Ce nombre de survivantes, multiplié par 100 devient le dividende d'une fraction dont le nombre total d'opérées fournit le diviseur. Soit, par exemple, ces trois cas. — Les deux premiers sont extraits de la statistique personnelle de M. Walther — Savoir, le premier de sa statistique de ville de 1910.

Le deuxième de sa statistique de ville de 1909 à 1920.

Le troisième est extrait de notre propre travail sur les cas de 2^e catégorie de l'ensemble des opérées de M. Le Jemtel.

1^{er} exemple :

Sur 44 opérées, 17 ont vécu plus de 3 ans. Le pourcentage global sera

$$\frac{17 \times 100}{44} = 38,63 \text{ \% global}$$

2^e exemple :

Sur 38 opérées, 18 ont vécu plus de 3 ans

$$\frac{18 \times 100}{38} = 47,36 \text{ \% global}$$

(1) Définition : Le pourcentage est une opération qui consiste à convertir des fractions quelconques en fractions centésimales.

Ainsi donc cette opération faite sur une série de fractions quelconques les réduit toutes au même dénominateur, condition nécessaire et suffisante pour qu'elles se puissent comparer entre elles.

3^e exemple :

Sur 110 opérées (en 15 ans) 44 ont survécu plus de 3 ans

$$\frac{44 \times 100}{110} = 40 \% \text{ global.}$$

C'est là le pourcentage global.

C'est le plus généralement employé et fourni par les différents auteurs ; c'est souvent le seul — Et malheureusement.

Le pourcentage global, en effet, n'a qu'une valeur de renseignement général.

Il est inexact et insuffisant.

Inexact, puisque ce procédé prend comme base de pourcentage (diviseur) pour la recherche des survivantes de 3 ans et plus le nombre global des opérées — y compris les opérées dont l'opération date des deux dernières années de la période considérée.

Comment peut-on faire entrer en ligne de compte pour l'étude des survivantes de trois ans et plus des opérées qui ne peuvent matériellement et au maximum avoir survécu les unes que deux, ans, les autres qu'une seule et unique année ?

« Comment l'aurais-je fait, si je n'étais point né ? »

Plus grande encore est l'erreur, si, par ce même procédé, l'on recherche les survivants de cinq ans et plus de dix ans et plus... L'écart avec la vérité (que nous montrerons être le % vrai) s'accroît d'année en année avec ce mode de faire.

La base d'estimation (diviseur) de plus en plus devient trop élevée par rapport au nombre de survivantes (dividende) qui va lui-même diminuant avec le temps.

Le pourcentage global obtenu est graduellement (de plus en plus) trop faible — de plus en plus inexact.

Cette cause d'erreur — erreur progressive est encore accrue par la grande variabilité du nombre des opérées annuelles — l'erreur est rendue inégale, irrégulière, le sens peut en être inversé et dans ce cas les chiffres tournis ne sont plus même comparables entre eux. Voilà deux points que sous une autre forme, M. Walther souligne dans la note jointe à son rapport page 187, note 1 et dont voici le texte :

« Une cause d'erreur fondamentale tient à la façon d'établir le pourcentage. Il est fait le plus souvent en prenant pour chaque année la même base de proportion, à savoir le nombre total des opérées identifiées. Je suppose par exemple que sur une statistique portant sur dix années, avec 100 opérées identifiées, on veuille établir le pourcentage des guérisons à partir de la cinquième année : on trouve à ce moment que 30 opérées sont bien portantes après cinq ans et plus. On fait le calcul sur le nombre total, 100, des opérées et l'on dit : guérisons après 5 ans et plus, 30 %. La proportion est fausse ; on fait varier un seul des facteurs de l'équation. Il est indispensable, du chiffre total 100 de défalquer le nombre d'opérées identifiées des quatre années précédentes. S'il y en a 40 c'est sur 100 moins 40, c'est-à-dire, sur 60 qui doit porter l'équation et l'on trouve 50 % au lieu de 30 %.

Si le nombre d'opérées était chaque année invariable l'erreur serait peut-être négligeable pour la comparaison des statistiques ; elle n'en donnerait pas moins une notion fausse de la proportion des guérisons. Et même pour la comparaison des statistiques, la grande variabilité du nombre d'opérations chaque année rend cette cause d'erreur assez importante pour qu'on y prête attention. Si, en effet, on recherche la proportion des guérisons à partir de cinq ans, il suffit que pendant les

quatre années précédentes une statistique comporte un plus grand nombre d'opérées pour donner un pourcentage inférieur à celui d'une autre statistique de résultats moins bons, mais qui serait chargée de moins d'opérées pour ces quatre dernières années . »

Ce qui revient à dire que, dans le premier cas le diviseur se serait infiniment moins augmenté pendant les quatre dernières années, alors qu'au contraire, il s'en serait désavantageusement accru dans le second cas. (1)

Redisons que dans tous les cas le résultat serait inexact, serait faux, mais qu'en outre et dans cette hypothèse il serait inégalement faussé et dans un sens inverse.

C'est un argument de plus contre la valeur de ce pourcentage global.

En matière de statistique, on ne saurait jamais donner assez d'importance à cette très judicieuse remarque de M. Walther.

En effet, si l'on traduit graphiquement ces chiffres, la courbe qui les transcrit, courbe à point de départ vrai (car la première année le % global et le % vrai sont identiques) est de plus en plus faussée — et son dessin ne représente pas du tout la réalité des faits.

Nous verrons plus loin l'intérêt que peut présenter le tracé d'une courbe qui évite cette erreur, et l'impor-

(1) Par ce mauvais procédé dans l'établissement des fractions énonçant les résultats par années post opératoires, le numérateur seul (dividende) est exact. On néglige de rechercher le dénominateur réel (diviseur) pour chaque année. On suppose (on impose) à tous le même dénominateur arbitraire et faux, savoir le nombre total des opérées pendant toute la période étudiée.

Il s'en suit que seule la fraction correspondante à la première année (où le dénominateur exact doit vraiment être le nombre total des opérées) est exacte, toutes les autres de la série sont faussées et le nombre réel des opérées décroissant d'année en année, l'erreur est inversement croissante.

tance qu'on peut y attacher pour le contrôle et la formule d'une loi traduisant les faits cliniques, telle que la loi de Volkmann.

Le % global est une erreur, erreur traditionnelle et qui se continue.

II^o Deuxième procédé.

Pourcentage vrai.

Le Pourcentage vrai, évite l'erreur du pourcentage global.

Il consiste à établir le rapport existant

soit entre le nombre de survivantes des opérées d'une année donnée et le nombre des opérées de cette année-là ;

soit pour une période donnée (plus de 3 ans, par exemple) entre le nombre des opérées ayant survécu jusqu'à ce terme assigné, ou même au-delà, et le nombre exact des opérées correspondant strictement à cette période.

Par exemple, le pourcentage vrai des survivantes de trois ans et plus ne portera que sur leur nombre par rapports au nombre des seules malades opérées dans la période de temps antérieur à ces trois ans. Ce sera une base d'estimation vraie.

Ce diviseur exact, seul logique, sera moins élevé que n'eût été dans ce cas celui du pourcentage global. Le rapport % sera plus élevé — il sera exact et vrai — seul vrai.

Reprenant les trois exemples cités plus haut, dans l'analyse du pourcentage global nous obtenons ainsi.

1^{er} cas. — Survivantes de 3 ans et plus.

Pourcentage vrai 60,71%, (au lieu de 38,63%, global).

2^e cas. — 62,06% vrai (au lieu de 47,36% global).

3^e cas. — 52,38% vrai, au lieu de 40% global.

Le pourcentage vrai donne seul la proportion vraie du nombre des survivantes au nombre vrai des opérées correspondantes.

Cette variabilité du diviseur selon les « moments », différenciera les résultats selon « les moments ». La constance du diviseur du pourcentage global ne permettait pas ces nuances.

Et la courbe qui traduira graphiquement ces nombres vrais donnera seule la représentation vraie des faits cliniquement observés. Au lieu de s'abaisser avec la constance d'un diviseur toujours identique elle marquera les moments variables selon les variations du diviseur par des temps d'arrêt dans sa chute, et ses modifications pourront aider à établir la loi pronostique pour l'ensemble des cas.

III. Application de ces deux procédés au pourcentage annuel.

Poursuivant l'exposé de la méthode qu'il préconise afin d'unifier la façon d'établir le pourcentage des guérisons et des récidives, Monsieur Walther dans son rapport au Congrès de Strasbourg ajoute qu'« il serait utile aussi que dans chaque statistique, la liste des récidives et des survies fut indiquée par année, en regard d'une liste correspondante des opérées identifiées, et qu'à chaque échelon, fut établi le pourcentage de guérison actuelle des opérées de l'année correspondante »;

et Monsieur Walther précise son texte par cette note, (note 2 page 187). « Ce pourcentage pour chaque année isolée me semble utile. Seul il nous donne une indication vraie qui n'est pas déformée par un calcul de proportion ».

Ceci est parfaitement vrai. Les deux pourcentages $1/2$ ou $25/30$ sont identiques et n'ont pourtant pas la même valeur de preuve en fait ; autrement dit : les pourcentages portant sur de petites séries n'ont pas la même valeur déductive que ceux qui portent sur de grandes séries. A tout prendre, le calcul de proportion altère les faits (1).

Mais, M. Walther ajoute :

Ce pourcentage annuel « nous donne d'emblée un renseignement important; il nous permet à première vue d'apprécier la malignité variable des tumeurs que nous avons opérées ».

Et l'auteur poursuit par cet exemple :

« Dans ma statistique de ville de 1910 à 1920, je

(1) Pour éviter cette déformation des faits et des nombres par un calcul de proportion il faudrait se contenter d'opposer deux nombres = celui des opérées et celui des survivantes.

13 opérées — 12 vivantes.

9 opérées — 8 vivantes.

Mais la seule lecture de ces chiffres opposés ne donne pas la différence des résultats dans les 2 cas = $92,3$ 0/0 dans le premier et seulement $88,8$ dans le second. De même $52/93$ n'apparaît pas si différent de $64/106$ que les deux rapports $47,2$ 0/0 et $58,1$ 0/0.

On pourrait parer à cet inconvénient par une représentation graphique, qui opposerait en regard pour chaque moment le résultat opératoire obtenu au maximum absolu, idéal. L'écart entre les deux tracés graphiques qui opposerait, pour chaque moment, le résultat serait alors proportionnellement inverse au succès obtenu. Nous avons tracé un graphique de cette sorte pour la deuxième catégorie des cas que nous étudions dans ce travail. (Gr. n° 9. Gr. n° 10).

trouve par exemple, des opérées guéries sans récive :

pour deux ans	33%
pour trois ans	0%
pour quatre ans	100%
pour cinq ans	66%
pour sept ans	83%

« Il est intéressant, conclut donc Monsieur Walther, de savoir que toutes les opérées de quatre ans sont vivantes sans récive, qu'il y a 83% en bon état des opérées de sept ans.

Et la malignité des tumeurs de la troisième année est mise d'une façon frappante en évidence ».

Là, nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec l'éminent rapporteur.

Il nous semble d'abord tirer prématurément une loi générale d'un fait très particulier et par ailleurs faire, au moins apparemment, une confusion sur le terme de troisième année.

Vraie dans l'espèce pour le petit nombre (trois) de ses opérées de cette année-là (1917) pour cette série-là (statistique de ville de 1909 à 1920), cette conclusion ne serait peut-être plus vraie si l'on considérait d'autres séries, fut-ce même pour cette année-là.

Et en effet, dans ce même rapport, le même auteur pour sa statistique de ville de 1910 (page 206) donne en pourcentage annuel :

pour la première année	76%
pour la deuxième année	33%
pour la troisième année	100%
pour la quatrième année....	80%
pour la cinquième année....	50%
	etc...

Les chiffres fournis sont, pour la troisième année diamétralement opposés.

La conclusion devrait-elle donc être cette fois diamétralement opposée à la précédente?

Deux pages plus loin — page 208 — à la statistique de la Pitié,

« Le pourcentage isolé des opérées de chaque année donne :

pour la deuxième année (1919) ..	0%
pour la troisième année (1918) ..	61,40%
pour la quatrième année (1917) ..	80%
pour la cinquième année (1916) ..	54,54%

Cette fois, pour la troisième année, le pourcentage devient presque moyen par rapport à celui des deux autres statistiques fournies. La conclusion devra-t-elle être moyenne aussi ?

A quoi tiennent donc ces contradictions apparentes?

A plusieurs raisons, pensons-nous.

D'abord, dans les exemples cités, ces pourcentages portent peut-être sur des séries trop petites pour qu'on en puisse tirer quelque argument. Leur réunion en un seul bloc (si toutefois les catégories envisagées se peuvent analoguer) donnerait en pourcentage 53,8% environ. Ce qui est un nouveau résultat.

Mais là, n'est pas la vraie cause, croyons-nous.

Qu'appelle-t-on « opérées de troisième année ? »

Qu'appelle-t-on troisième année ? »

Chaque année n'est-elle pas la troisième de quelqu'autre ? et tout à la fois la seconde de celle-ci et la quatrième de celle-là ?

Et les malades survivantes de quatrième année — de septième année — si elles ont atteint ce terme, n'ont-elles pas à plus forte raison été, à leur temps, des survivantes de troisième année ?

Et dans l'étude des survivantes de troisième année ne doit-on pas faire figurer pour autant (pour au moins autant en tout cas, et pour plus parfois) celles qui ont atteint le terme plus avancé des 4^e, 5^e, 6^e, 7^e années et au-delà?

L'erreur vient donc, à notre avis, de la confusion des désignations de troisième année (de N^{eme} année) par rapport au point de départ du décompte à faire.

Que l'on prenne en effet la date millésime comme point de départ, ce point est alors annuellement variable et varié.

Telle année devient alors successivement la première, puis la seconde, puis la troisième, etc., par rapport à l'année en cours; la même année est alors à la fois, la troisième par rapport à telle date, la cinquième par rapport à telle autre convenablement choisie.

Mais si l'on prend, au contraire, comme point de départ la date certaine de l'opération — celle-là fixe dans le temps — et que l'on compte par N^{eme} année post opératoire, alors, toutes les troisièmes années post opératoires resteront des troisièmes années post-opératoires — que la date de l'intervention soit récente ou éloignée — les quatrièmes années post-opératoires resteront de même des quatrièmes années post-opératoires. Ainsi pour chacune — la confusion n'aura plus lieu — et selon leur âge ainsi décompté, les résultats seront comparables entre eux, pourront être additionnés — année de même nom par année de même nom — Au pourcentage de 3^e année post opératoire (maximum actuel, je suppose) viendront s'ajouter pour figurer le nombre des survivantes « de troisième année » des années antérieures en date à maximum actuel de 4^e, de 5^e, de 6^e, etc.

Et de ces sommes on obtiendra des rapports de N^{eme}

année, portant sur des lots assez considérables pour qu'on ait le droit d'en tirer une conclusion offrant quelque valeur.

Ce sera, le pourcentage par année post-opératoires.

Mais à notre avis, et c'est en cela que nous ne sommes plus tout à fait d'accord avec le rapporteur du Congrès, le pourcentage annuel — par année isolée et identifiée en date par son millésime — n'offre qu'un intérêt secondaire d'autant plus faible qu'il porte sur un plus petit lot, ce n'est là qu'un renseignement épisodique.

D'autre part, très élevé, vraisemblablement, pour les années récentes — il sera naturellement très faible pour les années déjà de loin passées; et pour les années intermédiaires, les résultats, disparates selon les séries et les hasards plus ou moins heureux, ne prouveront rien, sinon que les années (et les séries d'opérées) se suivent et ne se ressemblent pas.

Par ailleurs, de la courbe incohérente qui traduit ces résultats (et que nous avons dressée pour nos cas) aucune constante ou apparence de loi, ne pourra ressortir.

CHAPITRE II

Méthode que nous avons employée :

1° — Les tableaux de compte.

2° — Les tracés graphiques.

Méthode statistique employée.

Pour l'ensemble des cas que nous avons étudiés et desquels nous avons voulu relever la statistique, voici donc la méthode que nous avons cru devoir employer.

Nous avons par catégories (et nous reviendrons ultérieurement sur ce classement préalable) dressé des tableaux que nous joignons à notre travail.

Pour chaque tableau nous inscrivons à gauche et en marge le millésime de chaque année considérée. En regard, le nombre de malades opérées cette année-là ; dans une autre colonne parallèle le total des cas opérés depuis la première année millésime marquant le début de la période, jusqu'à et y compris ceux de l'année inscrite en marge.

Ce total nous servira pour établir le pourcentage vrai des résultats à cette date considérée.

En haut du tableau, au sommet d'une colonne, le N° d'ordre d'année post-opératoire — dans l'espèce 15 colonnes puisque la période considérée s'étend de 1907

à 1922. — et alors en regard de chaque année millésime, nous avons inscrit, en ligne horizontale, le nombre de survivantes pour chaque année post opératoire. Le dernier chiffre de chaque ligne horizontale (de moins en moins éloigné de son point de départ puisque la date des opérations dont il donne les résultats est de plus en plus récente) le dernier chiffre, dis-je, donne le nombre des survivantes actuellement encore vivantes pour la dite année. Les chiffres intermédiaires donnent le nombre des survivantes (maintenant mortes peut-être) à l'année post opératoire indiquée par le N° d'ordre inscrit en abscisse en haut de la colonne perpendiculaire correspondante. Les deux nombres à gauche, notés à la suite de la date millésime, (nombre d'opérées de cette dite année et total d'opérées jusqu'à cette date) permettent d'établir pour chaque moment et immédiatement le % vrai, — soit annuel, si l'on fait le rapport au nombre d'opérées de la dite année — soit % vrai, par année post-opératoire, si l'on prend comme diviseur le nombre total des opérées à cette année.

Dans une colonne perpendiculaire, à droite du tableau nous répétons le chiffre des survivantes actuellement vivantes — nous accompagnons ce chiffre du total progressif de ces mêmes survivantes. — Nous notons dans la troisième, le % par année millésime établi comme il a été dit plus haut.

Ces nombres sont inscrits année post opératoire par année post opératoire sur la première ligne horizontale au bas du tableau.

Dans la ligne suivante, année par année, nous notons

à nouveau le nombre vrai des opérées à chacun de ces moments. Ce nombre servira de base d'estimation (de diviseur) pour l'établissement du pourcentage vrai par année post-opératoire successive. (Note 1).

C'est, à la ligne horizontale suivante, ce pourcentage vrai par année post opératoire que nous notons.

C'est le seul, répétons-le, qui soit vrai, et c'est la traduction graphique de ses moments qui nous paraît, seule, transcrire fidèlement les résultats proches ou éloignés de la survie après l'opération du cancer du sein.

Dans les deux colonnes perpendiculaires suivantes, nous avons noté (d'abord en pourcentage global, à côté en pourcentage vrai), la proportion des survivantes, actuellement vivantes, qui va en décroissant de quinze à une année, cela se conçoit.

Ce pourcentage (global ou vrai) est celui des opérées actuellement vivantes.

Mais ce n'est pas, tant s'en faut, cette « actualité » de survie qui offre de l'intérêt.

Les temps de survie, la durée post-opératoire des

(1) Comme dans toute estimation biométrique, il y a donc dans ce problème deux variables : le nombre et la durée.

Il s'agit d'une mesure à deux dimensions. Ses résultats peuvent donc s'inscrire en surface. C'est ce que nous avons fait dans nos graphiques.

La première variable, le nombre (soit réel, soit traduit en pourcentage) est inscrit en ordonnée. La seconde variable, la durée (comptée par années post opératoire) est mesurée en abscisse.

La résultante de ces deux variables, à chaque moment, limite une surface, et le profil de cette limite constitue le tracé de ces graphiques.

S'il y avait 3 variables (par exemple : le nombre et la durée en fonction de la fréquence selon l'âge) la représentation des résultats devrait se traduire en volumes — le dessin perspectif de cubes plus ou moins volumineux — ainsi que procèdent souvent certaines publications vulgarisatrices de statistique.

survivantes même mortes actuellement offre, à chacun de ses moments un intérêt au moins égal.

Au point de vue qui nous occupe, le cas de telle opérée, maintenant morte, mais qui avait survécu dix ans, dans son temps, je suppose — est plus intéressant que celui de telle opérée actuellement vivante, survivante de cinquième année mais qui, peut être, sera morte l'année prochaine.

Or, ces moments et la proportion des survivantes à ces différents moments — nous sont donnés, avec leurs fluctuations, à chaque année post opératoire, par le total des survivantes inscrit dans chaque colonne désignée par un numéro d'ordre au sommet du tableau.

Ce total est noté au bas de chaque colonne d'année post-opératoire, évaluant des résultats maintenant passés, mais qui furent actuels; et ces nombres à chaque colonne concernent et totalisent des survivantes qui à des époques différentes étaient des opérées de même âge opératoire.

Dans la ligne horizontale suivante, également année par année, nous notons le pourcentage global, en prenant cette fois comme diviseur le nombre total des opérées pendant la période des quinze années que nous étudions — quel que soit le moment de cette étude.

Pourcentage global — pourcentage inexact, renseignement de peu de valeur — mais que réclame une tradition non encore abolie.

De ce pourcentage global, nous avons aussi traduit les résultats en transcription graphique. Et la différence de ces deux tracés, celui du % global et celui du % vrai, caractérisera à notre avis, la valeur des deux procédés.

Le graphique du global indique déjà la chute rapide en nombre des survivantes pendant les premières années.

Mais là se bornent les indications qu'on en peut tirer avec quelque exactitude, puisque l'on sait que très vite l'approximation de ses données va s'altérant au fur et mesure que diminuent les cas analysés, cependant qu'invariable, la base d'estimation (diviseur) reste égale à tous les moments.

Le tracé graphique du % vrai, au contraire suit réellement la nuance des faits : total vrai des survivantes variable à chaque moment varié ; c'est-à-dire dividende variable, rapporté au nombre variable des opérées à ce même moment, c'est-à-dire diviseur variable et vrai à chaque moment.

Et année post-opératoire par année post-opératoire, nous voyons ce tracé graphique tomber presque à pic et de plus en plus bas pendant la durée des cinq premières années, mais nous voyons ensuite cette chute se ralentir et tendre à se maintenir en plateau.

Nous ajouterons même qu'à partir de la dixième année les oscillations qu'il présente tiennent assurément à la diminution, forcément progressive, du total des cas sur quoi porte le pourcentage. Que dans de telles conditions, tel cas fortuitement heureux ou malheureux retentit exagérément sur le pourcentage ; mais que, sans doute, pour des séries plus nombreuses, ces oscillations seraient compensées et qu'alors le tracé graphique continuerait, mais lentement, sa chute suivant une ligne idéalement moyenne que nous avons prévue par un tracé en pointillé.

Tel quel, sans même énoncer de chiffres, il nous semble déjà que ce seul graphique du pourcentage vrai par année post opératoire laisse bien voir la malignité des tumeurs des trois premières années, et qu'en outre cette malignité qui tue, se continue aussi nettement deux années encore, de sorte que d'ores et déjà, au seul vu du graphique nous pouvons dire avec le professeur

Forgue en son rapport au Congrès de Strasbourg — page 166 : « la quatrième année reste donc une échéance critique, et nous pensons qu'il faudrait reculer jusqu'après quatre ans, et même cinq ans écoulés, la limite de Wolkman ».

Nous avons — par corollaire, dressé un graphique transcrivant le pourcentage vrai de mortalité par années post-opératoires successives — pour chaque catégorie envisagée.

Comme les chiffres qu'ils traduisent sont inverses de ceux des survivantes, ainsi ces tracés sont à tout moment opposables à ceux de la survie — et les déductions qu'on peut en tirer arrivent aux mêmes conclusions par un raisonnement inverse.

CHAPITRE III

La matière en cette étude

146 interventions pour cancer du sein

leur classement en trois catégories cliniques

« Quand, à l'occasion d'une révision comme celle qui
« nous est ici imposée, nous consultons nos archives,
« nous avons le déboire de constater quelles lacunes
« anatomo-pathologiques rendent maintes observations
« inutilisables. Cela s'explique : dans l'entraînement
« d'une chirurgie viscérale plus actuelle, plus prenante,
« les observations de cancer du sein nous paraissent
« subalternes et sont négligées; ce n'est que, lorsque
« leur groupement en série pour une étude d'ensemble,
« sollicite notre examen que nous en apprécions l'in-
« térêt et en regrettons les insuffisances. »

Ce sont les termes même de Monsieur le professeur Forgué, dans son rapport au Congrès de Strasbourg — page 159.

Ce regret nous l'avons eu nous même au sujet des 146 cas qui font la matière de cette étude et pour lesquels nous ne rapportons que des observations cliniques.

Pourtant les examens histologiques que nous aurions pu fournir, eussent été dès maintenant périmés et déjà bien insuffisants. — Car, dans ce même passage de son rapport, le professeur Forgues, ajoute : « Il nous faut, d'ailleurs, aller désormais au-delà des anciennes classifications, la simple morphologie cellu-

« laire est impuissante à fixer le pronostic thérapeu-
« tique des tumeurs... Nous devons, dans l'avenir, nous
« attacher à mesurer exactement l'énergie de dévelop-
« pement des cellules néoplasiques; c'est dans l'étude
« fine des formes de division des noyaux et des figures
« karyokinetiques que nous trouverons les bases de ce
« cyto-pronostic. Mais nous sommes encore loin de
« cette précision. »

De son côté, Monsieur Walther tout en considérant l'étude histologique des cas comme indispensable reconnaît (page 195) que les statistiques de ce genre renseignent mal sur la malignité relative des cancers. « Elles sont, dit-il, souvent, contradictoires. D'autre
« part, les histologistes les plus autorisés que j'ai con-
« sultés à ce sujet m'ont tous répondu qu'il est actuel-
« lement impossible d'après l'examen d'une tumeur du
« sein, de faire un pronostic sur le moment de la réci-
« dive. L'histologie ne nous renseigne pas plus que les
« caractères cliniques; elle nous renseigne moins que
« la rapidité relative d'évolution de la tumeur. »

Le seul classement histologique est actuellement fort incomplet et disparate, et ses obscurités s'accroissent par le désaccord des nomenclatures, et conclut Monsieur Walther (loco citato : page 212) « il est difficile
« de tirer une conclusion de ces études discordantes.
« La première nécessité semble être d'unifier la termi-
« nologie qu'est actuellement différente pour chaque
« pays, et dans chaque pays pour chaque auteur. Dea-
« ver et Marc Farland dans leur « Traité des Maladies
« de la Mamelle » ne réunissent pas moins de 54 dé-
« nominations différentes appliquées aux formes ana-
« toniques de cancer du sein; il est possible que beau-
« coup de ces termes correspondent à des variétés réel-
« lement différentes, mais en tous cas, leur classifica-
« tion en famille n'est pas encore nette, surtout, en

« dépit de l'essai de Salomon, leur correspondance avec
« les types classiques n'est pas établie et leur valeur
« pronostique manque de certitude. »

Toutes ces considérations, nous ont fait passer outre à notre hésitation, en nous laissant voir combien, même dans les meilleures conditions, eut été faible la valeur de notre apport dans une question si complexe et encore si peu précise.

Par ailleurs, en dehors des nouvelles catégories possible du point de vue histologique notre méthode statistique n'en eût pas été changée, et c'est, proprement à la méthode statistique que nous avons voulu donner notre attention dans ce travail.

Chez les malades qui font l'objet de cette statistique il ne s'agit en aucun cas de diagnostic réellement précoce.

« Quand nous demandons aux malades de notre ré-
« gion pourquoi elles ont tant tardé à recourir à la
« chirurgie rapporte le professeur Forgue, leur ré-
« ponse est constante : Cela ne me faisait pas mal;
« je croyais que c'était sans danger. »

Nous en pourrions dire autant pour les nôtres.

Jamais le creux axillaire n'a été trouvé indemne.

Très fréquemment la tumeur néoplasique présentait déjà des adhérences avec les plans profonds — et la peau. — Les ganglions sus-claviculaires même étaient parfois déjà envahis, soit en seconde étape, la barrière axillaire étant déjà franchie, soit qu'ils eussent été directement envahis par voie lymphatique directe, comme cela est possible ainsi qu'il résulte des recherches de Mornard à ce sujet (1).

(1) Mornard P. Etude anatomique des lymphatiques de la mamelle au point de vue de l'extension lymphatique des cancers (*Revue de Chirurgie* 1916, p. 462-471).

Dans 32 cas, il s'agissait de cancers ulcérés.

La technique employée a toujours été la même, plus ou moins élargie suivant les indications d'espèce.

Elle découle dans ses principes des théories exposées par Monsieur Handley (2) (de Londres) en 1905 au Congrès International de Chirurgie de Bruxelles; intervention depuis lors constamment élargie : c'est l'opération de Halsted.

Monsieur Le Jemtel l'exposait lui-même ainsi sommairement dans sa communication au Congrès de Strasbourg: « Je ne me suis pas attaché aux très larges ablations de peau, mais j'ai toujours disséqué avec soin les lambeaux pour enlever le plus de tissu cellulaire. La dissection des lambeaux achevée en dedans jusqu'au sternum, et jusque sous la clavicule, en bas jusqu'à la région épigastrique, j'enlève aussi largement que possible l'aponévrose et les muscles de la poitrine vers l'aisselle. Dans les néolpasmés au début, je n'enlève pas le petit pectoral. Dans l'aisselle, ablation large de la graisse et des ganglions. Le bloc axillo-maximaire est enlevé d'une seule pièce et la plaie est suturée avec drainage. »

Or, avec une technique identique, les résultats éloignés sont bien différents, en dehors même du coefficient biologique individuel et de la malignité relative, encore secrète, de telle ou telle tumeur selon le moment où l'on intervient et la catégorie clinique dans laquelle peut se classer tel ou tel cas.

La proportion des survies est bien différente quand nous comptons en bloc « le tout venant » selon l'expression du docteur Forgue (page 162 du rapport)

(2) Simpson Handley. Le cancer du sein et son traitement opératoire, édition française, par A. Lippens. 1 vol. Bruxelles 1910. 247 pages, 57 figures, 2 planches hors-texte. (Lamartin Maloine éditeur.)

et quand nous étudions les résultats de l'opération étendue aux formes les plus avancées.

Monsieur Walther divise (page 189) l'ensemble des cas en quatre catégories dont les succès opératoires sont bien différents suivant les symptômes cliniques, savoir :

1° Il n'y a pas de ganglions cliniquement appréciables,

2° Il y a des ganglions,

3° Il y a en même temps large adhérence à la peau, adhérence aux plans profonds.

4° Il y a des ganglions, sus-claviculaires.

C'est à peu de choses près, le groupement qu'avait adopté Hœring de Stüttgart (1).

Nous avons été amené à faire de même. Répétons que tous nos 146 cas présentaient, pour le moins, des ganglions axillaires très nettement perceptibles, et qu'il ne saurait s'agir de cas dont le diagnostic fut à proprement dit précoce. Nous n'avons eu affaire qu'à des cas toujours moyens, souvent sévères.

Nous avons donc groupé nos résultats sous trois rubriques.

I° « Le tout venant » c'est-à-dire portant sur l'ensemble des 146 cas.

II° Un groupe de 110 cas, tirés de l'ensemble, mais, d'où nous avons exclu 32 cas de cancers ulcérés, et quatre cas particulièrement défavorables, avec envahissement total et dans tous les sens, (pratiquement inopérables.)

III° Un groupe enfin de 32 cas ulcérés.

(1) Hœring (Stüttgart). Résultats éloignés obtenus par l'exurpation du cancer du sein (Beitrage zur Klinischen Chirurgie 1908). Tome LXI, Déc. pages 199 à 215.

Résumé in journal de Chirurgie, Tome II, 1909, page 170.

CHAPITRE IV.

Différenciation des résultats statistiques selon les catégories :

- 1°) « Tout venant »
- 2°) Cas de moyenne gravité
- 3°) Cancers ulcérés

1^{re} Catégorie.

Portant sur l'ensemble des 146 cas, c'est-à-dire « le compte en bloc, le tout venant ». Opération étenue aux formes les plus avancées.

Le tableau de compte N° 1, dressé suivant la méthode que nous avons décrite dans un précédent chapitre, nous permet de lire immédiatement les résultats opératoires aux différents moments, et de les transcrire ici.

Sur 146 malades opérées pendant une période de quinze années (de Décembre 1906 à Juillet 1921).

74 sont vivantes, soit 50,6%.

1° Catégorie

Tableau de compte des **SURVIVANTES.** — N° 1

portant sur le compte « en bloc — le
« tout venant » Opération étendue aux formes
les plus avancées ». (146 cas)

Forgue, in Rapport p. 162

Date	Cas	Total	1	2	3	4	5	6	7	8
1907	11		10	10	10	8	8	8	8	8
1908	10	21	10	8	7	4	3	3	3	3
1909	8	29	8	7	6	5	4	4	4	4
1910	7	36	7	7	6	6	6	6	6	6
1911	6	42	5	5	4	2	2	2	1	1
1912	8	50	7	7	7	7	4	4	4	3
1913	7	37	7	6	5	3	3	3	3	3
1914	8	65	8	8	6	4	4	4	4	4
1915	10	75	9	8	6	5	4	4	4	
1916	15	90	13	12	10	8	7	7		
1917	11	101	10	10	10	9	8			
1918	3	104	2	1	1	1				
1919	14	128	8	8	8					
1920	18	136	14	13						
1921	10	146	7							
% par années post-opératoires	Total		125	110	86	62	53	45	37	32
	Base		146	136	118	104	101	90	75	65
	0/0 vrai annuel		85,6	81,6	72,8	59,6	52,4	50,	49,3	49,°
	0/0 ann. Base 146		85,0	75,3	58,9	42,1	36,3	30,8	25,3	21,9

9	10	11	12	13	14	15	Total	Prog.	% global	% adn.	% vrai
7	7	4	4	4	4	4	4		2,7	36,3	
3	3	2	2	2	2		2	6	4,1	20	
4	4	4	4	4			4	10	6,8	50	
6	6	5	5				5	15	10,2	71,4	
1	1	1					1	16	10,9	16,6	38,2
3	3						3	19	13	37,5	38
3							3	22	15	42,8	
							4	26	17,8	50	
							4	30	20,5	40	
							7	37	25,3	46,6	40,1
							8	45	30,8	72,7	44,5
							1	46	31,5	33,3	44,2
							8	54	36,9	57,1	42,2
							13	67	45,8	72,2	49,2
							7	74	50,6	70	50,6
27	24	16	15	10	6	4			Pourcentage des survivantes actuellement vivantes		
57	50	42	36	29	21	11					
47,4	44,	38,	41,6	34,9	28,5	36,3					
18,4	16,4	10,9	10,2	7,5	4,1	2,7					

En voici la liste par années :

Sur 10 opérées depuis 1 an, 7 bien portantes soit	70%
— 18 — 2 ans, 13	72,2%
— 14 — 3 ans, 8	57%
— 3 — 4 ans, 1	33,3%
— 11 — 5 ans, 8	72,7%
— 15 — 6 ans, 7	46,6%
— 10 — 7 ans, 4	40%
— 8 — 8 ans, 4	50%
— 7 — 9 ans, 3	42,8%
— 8 — 10 ans, 3	37,5%
— 6 — 11 ans, 1	16,6%
— 7 — 12 ans, 5	71,4%
— 8 — 13 ans, 4	50%
— 10 — 14 ans, 2	20%
— 11 — 15 ans, 4	36,6%

Nous avons transcrit graphiquement ces résultats, graphique N° 1

Nous avons dit ailleurs, que ce pourcentage annuel nous paraissait ne présenter qu'un intérêt épisodique. La ligne singulièrement brisée qui traduit ces résultats ne nous permet en effet d'en tirer aucune déduction.

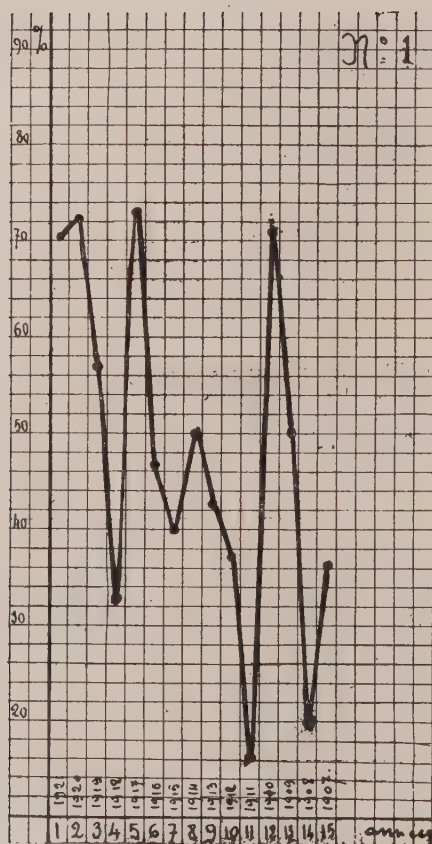
Ces mêmes nombres totalisés d'années en années nous donnent les résultats suivants, d'opérées encore actuellement vivantes :

En pourcentage global :

Survivantes de 3 ans et plus	54 = 36,9%
de 5 ans et plus	45 = 30,8%
de 10 ans et plus	19 = 12 %

En pourcentage vrai :

de 3 ans et plus	54/128 = 42,2%
de 5 ans et plus	45/101 = 44,5%
de 10 ans et plus	19/50 = 38 %



N° 1.

1^{re} Catégorie

Ensemble des cas « Tout venant ». Pourcentage vrai par année millésime isolée.

Mais, au risque de nous répéter, nous redirons que ce nombre des opérées survivantes actuellement encore vivantes, n'est qu'un des moments de la question de la survie post opératoire.

Le point capital nous paraît être de savoir combien atteignent telle ou telle année post-opératoire qu'elles soient encore actuellement vivantes ou déjà mortes.

C'est le total des nombres des survivantes par année de même âge post opératoire qui nous donnera ce précieux renseignement, car portant, à des moments semblables sur des séries annuelles, ce total embrassera un nombre de faits assez élevé pour permettre d'en tirer une conclusion offrant quelque valeur.

Ce total est inscrit à la ligne horizontale du bas de notre tableau. (pourcentage par années post-opératoires).

Voici transcrits ici ces résultats :

- D'abord en pourcentage global :

1^{re} année post opératoire $125/146=85,6\%$

2^e année post opératoire $110/146=75,3\%$

3^e année post opératoire $86/146=58,9\%$

et le diviseur restant constant (cause d'erreur).

4 ^e année post opératoire	62=42,1%
5 ^e —	53=36,3%
6 ^e —	45=30,8%
7 ^e —	37=25,3%
8 ^e —	32=21,9%
9 ^e —	27=18,4%
10 ^e —	24=16,4%
11 ^e ..	16=10,9%
12 ^e —	15=10,2%
13 ^e —	10= 7,5%
14 ^e —	6= 4,1%
15 ^e —	4= 2,7%

Et maintenant, **en pourcentage vrai** (c'est-à-dire ne prenant comme base destination que le nombre exact d'opérées correspondant à l'époque considérée — diviseur variable — seul pourcentage exact, comme nous l'avons démontré plus haut). Nous avons, ou avons eu, comme opérées survivantes :

pour la 1 ^{re} année post-opératoire	125/146 = 85,6%
2 ^e —	110/136 = 81,6%
3 ^e —	86/118 = 72,8%
4 ^e —	62/104 = 59,6%
5 ^e —	53/101 = 52,4%
6 ^e —	45/90 = 50 %
7 ^e —	37/75 = 49,3%
8 ^e —	32/65 = 49%
9 ^e —	27/57 = 47,4%
10 ^e —	24/50 = 44 %
11 ^e —	16/42 = 38 %
12 ^e —	15/36 = 41,6%
13 ^e —	10/29 = 34,9%
14 ^e —	6/21 = 28,5%
15 ^e —	4/11 = 36,3%

Nous avons dit ailleurs, la très grande différence au point de vue de l'exactitude entre ces deux modes de pourcentages, global et vrai. Nous n'y reviendrons pas. Mais pour cette raison nous tenons le pourcentage vrai, comme seul capable de fournir des renseignements utiles.

Sa chute de 85% la première année, à 50% à la sixième — alors que de la sixième à la 15^e, il ne tombera plus qu'à 36% — montre bien en vérité que c'est pendant cette période des cinq premières années post-opératoires que les récidives ou les généralisations sont les plus fréquentes, qui emportent les malades.

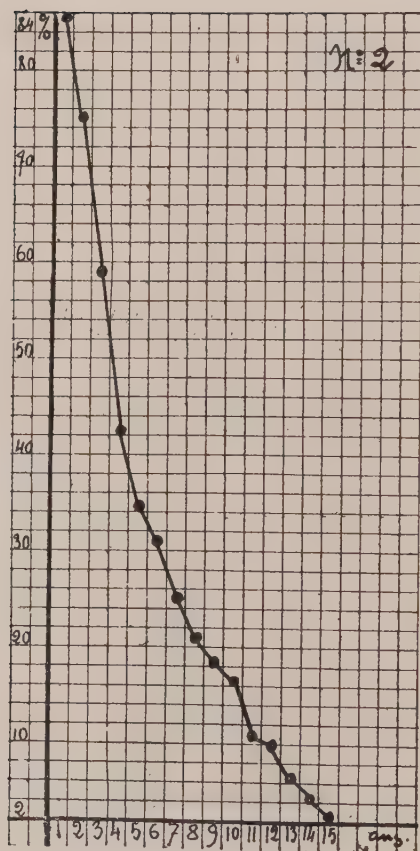
Parallèlement le faible écart entre 50% et 36% — de la 6^e à la 15^e année post-opératoire — laisse bien voir que celles des opérées qui ont franchi le cap de la 5^e année résistent mieux et plus longtemps aux métastases qui pourtant, il faut le reconnaître, finissent dans la plupart des cas par les enlever à la vie.

Nous avons transcrit ces résultats en courbes qui nous paraissent illustrer ces déductions de façon frappante (N^o 2 et N^o 3).

Les oscillations de la queue de la courbe N^o 3 nous semblent tenir à des cas fortuits, cas d'espèce, pesant trop lourdement sur des totaux trop faibles.

Nous avons indiqué par un trait pointillé quelle serait vraisemblablement la résultante d'un ensemble de courbes du même ordre.

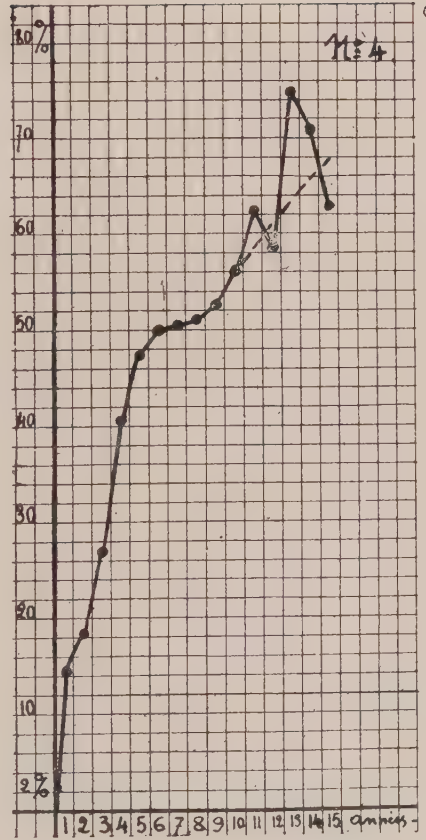
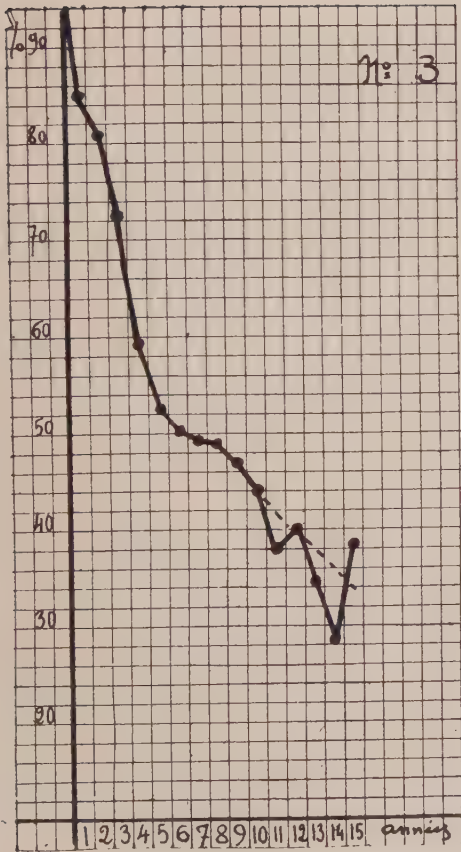
Nous avons de même fait la courbe de mortalité par années post-opératoires pour cette même catégorie. Exactement inverse de l'autre, elle la corrobore et les déductions qu'on peut en tirer sont exactement superposables. (N^o 4.)



N° 2.

1^{re} Catégorie « Tout venant ».

Pourcentage « global » des survivantes, par années post-opé-
ratoires.



N° 3. 1^{re} Catégorie « Tout venant ».

Pourcentage vrai des survivantes par années post-opératoires.

N° 4. 1^{re} Catégorie « Tout venant »

Pourcentage vrai de mortalité, par années post-opératoires.

II^e Catégorie.

Portant sur 110 opérées, qui sont celles de la 1^{re} catégorie de l'ensemble desquelles on a retiré 32 cas de cancer ulcérés et 4 cas à forme particulièrement avancée.

Il nous suffit encore de transcrire ici les nombres portés sur le 2^e tableau de compte joint à notre étude.

Pour la même période de 15 années, sur 110 opérées de cette catégorie 68 sont encore actuellement vivantes — soit 61,8 %.

Pourcentage annuel. —

Leur répartition annuelle se fait ainsi :
sur 4 opérées depuis 1 an, 4 survivantes, soit 100/100.

13	—	—	2	—	12	—	—	92,3%
9	—	—	3	—	8	—	—	88,8%
2	—	—	4	—	1	—	—	50%
11	—	—	5	—	8	—	—	72,7%
12	—	—	6	—	6	—	—	50%
7	—	—	7	—	4	—	—	57,1%
5	—	—	8	—	4	—	—	80%
6	—	—	9	—	3	—	—	50%
8	—	—	10	—	3	—	—	37,5%
5	—	—	11	—	1	—	—	20%
6	—	—	12	—	5	—	—	83,3%
4	—	—	13	—	3	—	—	75%
9	—	—	14	—	2	—	—	22,2%
9	—	—	15	—	4	—	—	44,4%

2° Catégorie

Tableau de compte des

SURVIVANTES

Portant sur 110 cas — tous porteurs de ganglions axillaires — (de la 1^{re} catégorie on a retranché 32 cas ulcérés et 4 autres cas avec très larges propagations à la peau et aux plans profonds, 2 avec ganglions sus-claviculaires).

	Date	N° Cas	Total	1	2	3	4	5	6	7	8
	1907	9		8	8	8	8	8	8	8	8
	1908	9	18	9	8	7	4	3	3	3	3
	1909	4	22	4	4	4	4	3	3	3	3
	1910	6	28	6	6	5	5	5	5	5	5
	1911	5	33	5	5	4	2	2	2	1	1
	1912	8	41	7	7	7	7	4	4	4	3
	1913	6	47	6	6	5	3	3	3	3	3
	1914	5	52	5	5	5	4	4	4	4	4
	1915	7	59	7	7	5	5	4	4	4	
	1916	12	71	11	11	9	7	6	6		
	1917	11	82	10	10	10	9	8			
	1918	2	84	2	1	1	1				
	1919	9	93	8	8	8					
	1920	13	106	12	12						
	1921	4	110	4							
Pourcentages par années post-opératoires	Total			104	98	78	59	50	42	35	30
	Base			110	106	93	84	82	71	59	52
	0/0 vrai annuel			94,5	92,4	83,8	70,2	60,9	59,1	59,1	57,6°
	0/0 global annuel			94,5	89,	70,9	53,6	45,4	38 1	31,8	27,2

9	10	11	12	13	14	15	Totaux annuels et progressifs	% annuel	% global	% vrai
7	7	4	4	4	4	4	4	44,4	3,6	44,4
3	3	2	2	2	2		2	6 22,2	5,4	33,3
3	3	3	3	3			3	9 75	8,1	40,9
5	5	5	5				5	14 83,3	12,7 de plus de 10 ans	50
1	1	1					1	15 20	13,6	45,4
3	3						3	18 37,5	16,3	43,9
3							3	21 50	19	46,8
							4	25 80	22,7	48
							4	29 57,1	26,4 de plus de 5 ans	49
							6	35 50	31,8	49,2
							8	43 72,7	39 de plus de 3 ans	52,4
							1	44 50	40	52,38
							8	52 88,8	47,2	55,9
							12	64 92,3	58,1	60,3
							4	68 100	61,8	61,8
25	22	15	14	9	6	4		Pourcentages des survivantes actuellement vivantes		
47	41	33	28	22	18	9				
53,2	53,6	45,4	50, °	40,9	33,3	44,4				
22,7	20,	13,6	12,7	8,1	5,4	3,6				

Nous avons joint la transcription graphique (gr. n° 5) de ces résultats. Continuons à répéter que nous pensons qu'ils n'offrent qu'un intérêt épisodique.

Ces mêmes nombres de survivantes encore actuellement vivantes totalisées d'année en année, nous donnent les résultats suivants :

En pourcentage global :

Survivantes de 3 ans et plus 47,2 %.

Survivantes de 5 ans et plus 39 %.

Survivantes de 10 ans et plus 13,6 %.

En pourcentage vrai :

Survivantes de 3 ans et plus 55,9

Survivantes de 5 ans et plus 52,4 %.

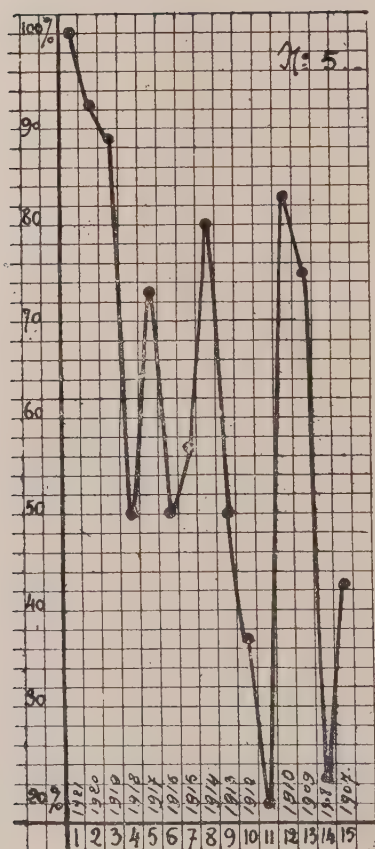
Survivantes de 10 ans et plus 43,9 %.

Ce sont donc là les résultats concernant les malades actuellement vivantes. Redisons à nouveau que ces renseignements qui n'offrent qu'un intérêt d'actualité n'ont qu'une valeur très relative et que l'intérêt d'une telle enquête réside ailleurs.

Pourcentage par années post-opératoires.

Nous avons déjà dit comment la façon d'inscrire les survivantes sur le tableau de compte les représentait exactement en nombre et en durée pour chacun des moments. Nous avons dit pourquoi ces nombres pouvaient être additionnés à chaque année post-opératoire de même nom. Nous répétons que seuls ces totaux obtenus traduisent en quantité et en durée l'ensemble des survivantes pour une période opératoire donnée.

Nous connaissons les deux procédés différents, pourcentage global et pourcentage vrai et leur valeur respective très inégale.



N° 5.

2^e Catégorie. « Cas moyens »

Pourcentage vrai des survivantes par année millésime isolée.

Ces différentes données sont inscrites au bas du tableau de la 2^e catégorie que nous analysons ici et se lisent de la façon suivante :

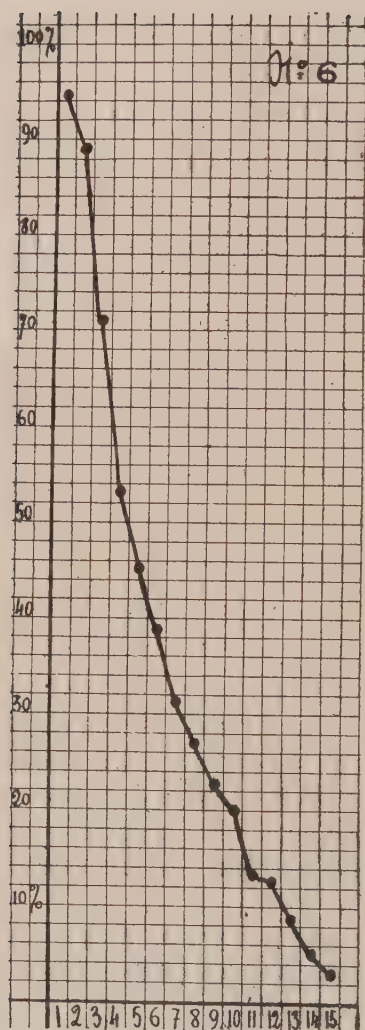
En pourcentage global — diviseur fixe — 110.

104	survivantes pendant 1 an	=	94,5	%
98	— — —	2 —	=	89 —
78	— — —	3 —	=	70,9 —
59	— — —	4 —	=	53,6 —
50	— — —	5 —	=	45,4 —
42	— — —	6 —	=	38,1 —
35	— — —	7 —	=	38,8 —
30	— — —	8 —	=	27,2 —
25	— — —	9 —	=	22,7 —
22	— — —	10 —	=	20 —
15	— — —	11 —	=	13,6 —
14	— — —	12 —	=	12,7 —
9	— — —	13 —	=	8,1 —
6	— — —	14 —	=	5,4 —
4	— — —	15 —	=	3,6 —

Ces chiffres et la courbe qui les traduit (gr. n° 6) montrent bien la chute pendant les 5 premières années. Mais nous savons qu'elle est inexacte — elle ne traduit qu'imparfaitement les faits — et devient de plus en plus inexacte.

Nous verrons, par comparaison avec le pourcentage vrai qui va suivre, que ces chiffres assez voisins pendant les premières années — s'éloignent vite dans des proportions qui doivent faire rejeter ce mode de pourcentage.

En pourcentage vrai : (le diviseur variant avec le nombre d'opérées totales à l'époque considérée) par années post-opératoires :



N° 6.

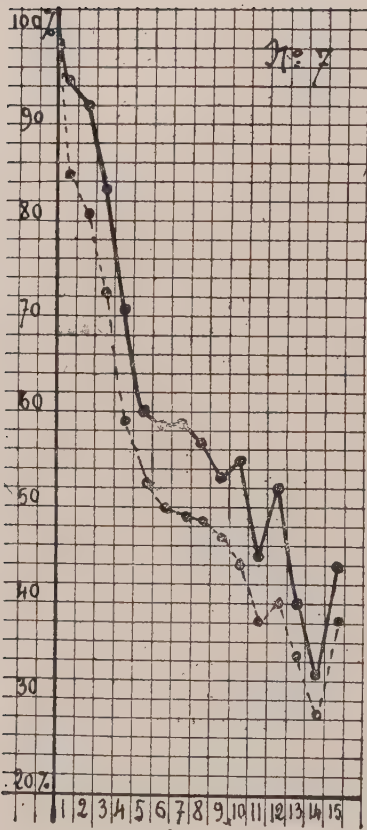
2° Catégorie. « Cas moyens »

Pourcentage « global » des survivantes par années post-opératoires.

la 1 ^{re} année post-opératoire	104/110	=	94,5%
la 2 ^e —	98/106	=	92,4%
la 3 ^e —	78/93	=	83,8%
la 4 ^e —	59/84	=	70,2%
la 5 ^e —	50/82	=	60,9%
la 6 ^e —	42/71	=	59,1%
la 7 ^e —	35/39	=	59,1%
la 8 ^e —	30/52	=	57,6%
la 9 ^e —	25/47	=	53,2%
la 10 —	22/41	=	53,6%
la 11 ^e —	15/33	=	45,4%
la 12 ^e —	14/28	=	50 %
la 13 ^e —	9/22	=	40,9%
la 14 ^e —	6/18	=	33,3%
la 15 ^e —	4/9	=	44,4%

Nous avons traduit graphiquement ces différents pourcentages vrais par années post-opératoires (graphique n° 7). Et ce tracé nous paraît confirmer la juste valeur de ce procédé de statistique puisque mieux que les chiffres, il fait clairement voir en un simple coup d'œil que, durant les cinq premières années post-opératoires le nombre des survivantes tend à diminuer avec une désespérante et constante rapidité. La courbe qui traduit ces nombres tombe presque à pic. Mais, — franchi ce cap leur nombre, pour ce qu'il est alors, tend à se maintenir — la courbe tend à faire un plateau. Après dix ans, et par à coups, suivant l'âge des opérées (qui déjà, en moyenne, est de 65 à 75 ans) leur nombre s'éclaircit encore. Mais pourtant avec une rapidité moindre — la courbe fait ses oscillations en lysis.

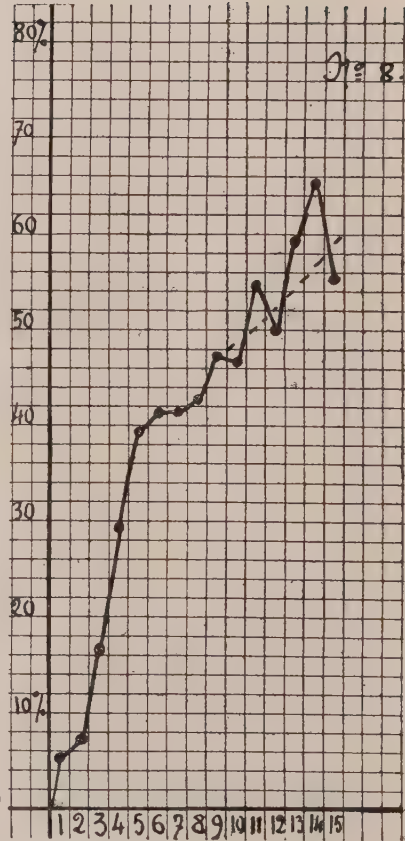
[Sur ce graphique n° 7, nous avons en pointillé reporté le graphique n° 3 correspondant de la catégorie dite « tout venant », d'un dessin très comparable puisqu'il s'agit pour les 4/5^{es} de mêmes cas ; on voit pour-



N° 7. 2° Catégorie. « Cas moyens »

Pourcentage « vrai » des survivantes par années post-opératoires.

(en pointillé le même 0/0 en 1^{re} Catégorie.)



N° 8. 2° Catégorie. « Cas moyens »

Pourcentage vrai de mortalité par années post-opératoires.
(inverse du % de survie.)

tant par ce rapprochement comment à 10% près, les résultats d'une statistique sont différenciés selon que l'on départage ou non l'ensemble des cas selon la gravité de leur état d'après un simple examen clinique au moment de l'intervention.]

A l'aide de ces graphiques, on peut également par comparaison du seul profil de ces courbes juger la valeur respective des deux procédés de pourcentage, le **global** — (n° 6) et le **vrai** — (n° 7)

Alors que les deux profils sont d'un dessin très comparable pendant les cinq premières années, c'est-à-dire pendant la période où l'écart entre les deux diviseurs, l'un fixe et permanent (celui du % global) l'autre annuellement changeant (celui du % vrai) ne présente qu'une différence de progression lente; leur dissemblance s'accroît dès que cette différence entre le vrai et le conventionnel s'affirme et cette différence va toujours progressant. En effet, pendant les cinq premières années, l'écart entre les deux diviseurs est minime (de 110 à 82; soit environ $1/5^e$) dans la période des 5 années suivantes il s'accroît de 110 à 22, soit environ $4/5^e$) et dans le laps des 5 dernières années cet écart du vrai et du conventionnel est formidable, de 110 à 4 soit alors $27/5^e$.

La dissemblance des deux courbes montre la dissemblance des deux procédés — et la très inégale valeur des renseignements fournis respectivement par chacun d'eux. — L'un serre de près les faits cliniques — l'autre s'en écarte progressivement et systématiquement.

Alors, que les cliniciens, les histologistes, les anatomo-pathologistes s'appliquent à différencier finement la nature intime des différents cas, on se contente, en se servant du pourcentage global — d'un procédé de

mesure faux, d'un « **mètre** » faux pour mesurer les résultats de leurs travaux !

« Lorsqu'après l'opération un an entier s'est écoulé
« sans récédive, on est en droit d'espérer une guérison
« durable; après deux ans cette guérison est probable;
« au bout de trois ans, elle devient presque certaine. »

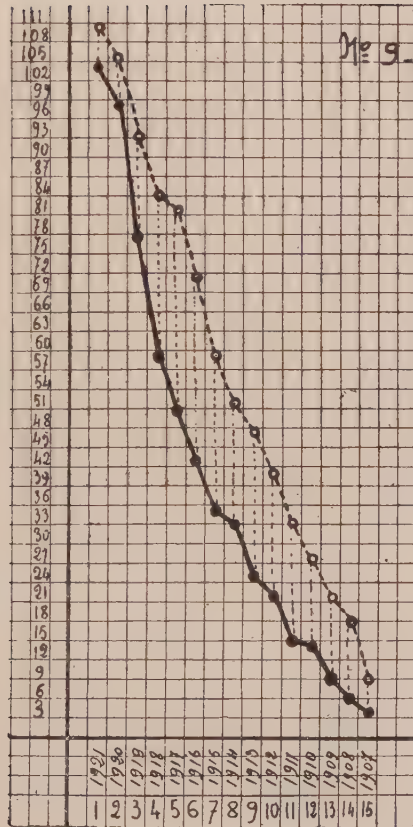
Telle est la formule que l'autorité de Volkmann avait fait accepter des chirurgiens. Le seul aspect de cette courbe des pourcentages vrais par années post-opératoires, au moins pour des malades ressortissant à cette catégorie, montre bien que comme le dit Monsieur Forge dans son Rapport (page 166). « La quatrième
« année reste au point de vue du risque de récédive
« une échéance critique; et, à l'exemple de maints chirurgiens, nous pensons qu'il faudrait reculer jusqu'après quatre ans, et même jusqu'à cinq ans écoulés la limite du Wolkmann. »

Nous avons en outre tracé pour les cas de cette catégorie un graphique de **transcription directe** des nombres vrais d'opérées survivantes par années post opératoires s'opposant année par année, au total des opérées à l'époque correspondante (année millésime) notée en abscisse (graphique n° 9).

Ces deux tracés représentent donc des nombres qui ne sont altérés par aucun calcul de proportion. La courbe, en trait plein, traduisant en nombre et en durée les résultats obtenus (survie post opératoire effective) s'oppose donc à la courbe idéale des résultats maxima possibles en nombre à chaque moment.

L'écart entre les deux donne la mesure inverse du succès (mesure le nombre de décès par année post opératoire) et traduit le bénéfice de l'acte opératoire par rapport à ses possibilités absolues.

En ordonnées le nombre des opérées.



N° 9.

2^e Catégorie.

Sans pourcentage.

En trait plein : Nombres réels des survivantes à chaque année post-opératoire.

En pointillé : En regard, nombre réel des opérées par année millésime correspondante.

C'est le résultat opératoire obtenu opposé au résultat maximum idéal.

En abscisse, le N° d'ordre des années post-opératoires et la date millésime du total des cas.

Le trait plein indique les résultats réels.

Le trait pointillé indique qu'elle eût été la limite du résultat opératoire idéal — c'est-à-dire, si toutes les malades avaient survécu le maximum possible depuis l'intervention.

Ces deux tracés constituent d'ailleurs les deux éléments d'où résulte le pourcentage vrai par années post opératoires. L'un, le supérieur, idéal, note à chaque année le nombre représentant la base d'estimation vraie, variable selon les moments — «diviseur variable» l'autre l'inférieur, enregistre aux mêmes moments les résultats obtenus — à analyser, c'est le dividende, variable aussi. Leur superposition constitue la fraction brute du fait, avant qu'elle soit ramenée au pourcentage.

3° Catégorie

3° Tableau de compte des survivantes de

CAS ULCERES

	Date	Nombre	Total	1	2	3	4	5	6
	1906-7	2		2	2	2	1	1	1
	1908	0	2	—	—	—	—	—	—
	1909	3	5	3	2	1	1	1	1
	1910	2	7	2	2	1	1	1	1
	1911	1	8	0	—	—	—	—	—
	1912	1	9	1	1	1	1	1	1
	1913	0	9	0	0	0	0	0	0
	1914	3	12	3	3	1	1	0	0
	1915	3	15	2	1	1	0	0	0
	1916	3	18	2	1	1	1	1	1
	1917	0	18	0	0	0	0	0	
	1918	1	19	0	0	0	0		
	1919	3	22	0	0	0			
	1920	5	27	1	1				
	1921	5	32	1					
% par années post-opératoires	Total			17	13	8	6	5	5
	Base			32	27	22	19	18	18
	0/0 vrai			53,1	48,1	36,3	31,5	27,7	27,7
	0/0 global			53,1	40,0	25,	18,7	15,6	15,6

7	8	9	10	11	12	13	14	15	Mortalité % vrai
1	1	0	0	0	0	0	0	0	100
—	—	—	—	—	—	—	0		100
1	1	1	1	1	1	1			80
1	1	1	1	0	0				85,8
—	—	—	—	0					87,5
1	0	0	0						80
0	0	0							77,8
0	0								75
0									73,4
									72,3
									72,3
									68,4
									63,7
									51,9
									46,9
4	3	2	2	1	1	1	0	0	
15	12	9	9	8	7	5	2	2	
26,6	25,0	22,2	20,	12,5	14,2	20,0	0	0	
12,5	9,3	6,2	6,2	3,1	3,1	3,1	0	0	

3^e CATEGORIE.

Cancers ulcérés.

Parmi les 146 cas de cancer du sein que nous analysons dans cette étude, nous relevons 32 cas de cancers ulcérés présentés par des femmes dont les âges varient entre 45 et 71 ans.

L'évolution de ces tumeurs ulcérées, leur aspect clinique, les antécédents des malades, l'absence d'autres localisations tuberculeuses, les résultats négatifs de la réaction de Bordet-Wassermann, l'inefficacité des traitements suivis, tous ces signes imposaient le diagnostic d'ulcérations cancéreuses et faisaient éliminer ceux d'ulcérations tuberculeuses, syphilitiques ou actinomycosiques.

Ces cas se répartissaient en proportion variable, mais comparable de 1907 à 1919. Dix cas vinrent s'ajouter dans les deux seules années 1920 et 1921.

« Il faut en conclure, disait Monsieur Le Jemtel dans sa communication au Congrès de Strasbourg, que pendant la guerre beaucoup de femmes ont attendu pour se faire opérer et il semble certain que les années 1919 et 1920 comporteront des statistiques plus mauvaises. »

Monsieur Forgue de son côté disait à ce même Congrès : « les tristesses de la guerre ont contribué à aggraver les retards (de l'intervention) : que de can-

« cers du sein, négligés, arrivés à l'extrême limite de
« l'opérabilité, nous avons vus depuis l'armistice! »
(Rapport page 179).

L'ensemble de ces cas se répartit donc sur une période de 15 années. Le maximum de survie possible est donc de 15 à 1 an suivant la date à laquelle remonte l'opération.

Il a été atteint dans 4 cas — inégaux d'ailleurs, de durée.

13 ans pour un cas de 1909 — (observation N° 23).

6 ans pour un cas de 1916 (observation N° 85).

2 et 1 ans pour les 2 autres cas.

Voici les dates et les répartitions des cas avec pour chaque année le maximum de survie actuellement possible, et le résultat opératoire obtenu.

En 1907. — (Maximum possible 15 ans).

2 cas ayant respectivement survécu 8 ans et 3 ans.

En 1909. — (Maximum 13 ans).

3 cas — survie 13 ans — 2 ans — 1 an.

En 1910. — (Maximum possible 12 ans).

2 cas — survie 10 et 2 ans.

En 1911. — (Moyenne 11 ans).

1 cas — survie 6 mois.

En 1912. — (Maximum 10 ans).

1 cas — survie 7 ans.

En 1914. — (Maximum 8 ans).

3 cas — survie 3 ans, 2 ans $\frac{1}{2}$ — 2 ans.

En 1915. — (Maximum 7 ans).

3 cas — survie, 3 ans — 1 an — 8 mois.

En 1916. — (Maximum 6 ans).

3 cas — survie 6 ans — 1 an — quelques mois.

En 1918. — (Maximum 4 ans).

1 cas — survie — moins de 1 an.

En 1919. — (Maximum 3 ans).

3 cas. — Tous meurent la première année.

En 1920. — (Maximum 2 ans).

5 cas — 4 meurent la première année — 1 est encore vivant.

En 1921. — (Maximum 1 an).

5 cas — dont 4 sont morts et 1 vivant.

Cette situation inégale des cas dans le temps mesure et limite en effet pour chacun d'eux les possibilités maxima de survie.

Il faut en outre nécessairement tenir compte de leur répartition en nombre pour juger les résultats obtenus.

En effet, si ces 32 opérées pouvaient idéalement survivre toutes au minimum 1 an, il n'y en a par contre que :

	2	qui	pouvaient	survivre	15	ans
ces mêmes	2	—	—	—	14	ans
	5	—	—	—	13	ans
	7	—	—	—	12	ans
	8	—	—	—	11	ans
	9	—	—	—	10	ans
	9	—	—	—	9	ans
	12	—	—	—	8	ans
	15	—	—	—	7	ans
	18	—	—	—	6	ans
	18	—	—	—	5	ans
	19	—	—	—	4	ans
	22	—	—	—	3	ans
	27	—	—	—	2	ans
	32	—	—	—	1	an.

plus ou moins limitées par la date plus ou moins récente de l'intervention.

Nous avons traduit graphiquement ces faits et cette notion — en chiffres vrais, non altérés par un calcul de proportion — dans le graphique N° 10 — ou la courbe traduisant en nombre et en durée les résultats obtenus (survie effective) en trait plein, s'oppose à la courbe idéale des résultats maxima actuellement possible — c'est-à-dire celle qui eût été réalisée si toutes les malades avaient survécu depuis l'opération.

L'écart entre les deux courbes, donne le nombre des décès pour chaque année post opératoire correspondante, et la mesure inverse du succès de l'intervention par rapport à ses possibilités absolues.

En ordonnées le nombre des malades.

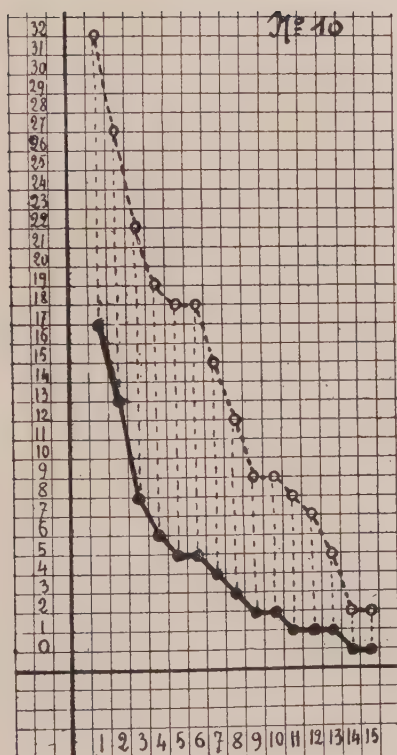
En abscisse les années de survie.

Notons, en passant, que ces deux tracés, le supérieur, idéal, constitue la courbe de la base d'estimation (diviseur variable) l'autre inférieur, résultat obtenu; constitue la courbe du résultat à estimer (dividende) du pourcentage vrai par année post opératoire.

Ce graphique comparé à celui de la 2^e catégorie (N° 9) construit de la même façon permet, la notion d'échelle étant tenue en compte (ici les ordonnées sont d'ordre de grandeur triple,) de constater le bien plus grand écart entre le maximum cherché et le résultat obtenu, et le moindre succès de l'acte opératoire.

Le **pourcentage global** par années post-opératoires que nous lisons au bas du tableau de compte dressé pour les opérées de cette catégorie est le suivant :

Sur 32 opérées	17	ont survécu	1 an	= 53,1 %
—	13	—	2 ans	= 40,6 %
—	8	—	3 —	= 25, %
—	6	—	4 —	= 18,7 %
—	5	—	5 —	= 15,6 %
—	5	—	6 —	= 15,6 %
—	4	—	7 —	= 12,5 %



N° 10.

3^e Catégorie. « Cancers ulcérés ».

Sans pourcentages.

En trait plein : Nombres réels des survivantes à chaque année post-opératoire.

En pointillé : En regard nombre réel correspondant pour chaque année millésime.

C'est le résultat obtenu opposé au résultat maximum idéal.

—	4	—	7	— = 12,5%
—	3	—	8	— = 9,3%
—	2	—	9	— = 6,2%
—	2	—	10	— = 6,2%
—	1	—	11	— = 3,1%
—	1	—	12	— = 3,1%
—	1	—	13	— = 3,1%
—	0	—	14	— = 0 %
—	0	—	15	— = 0 %

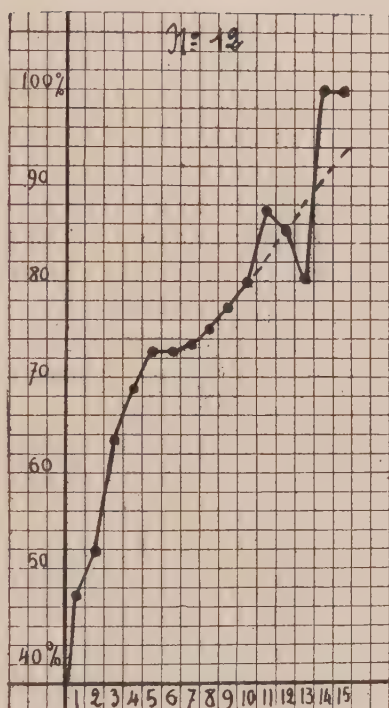
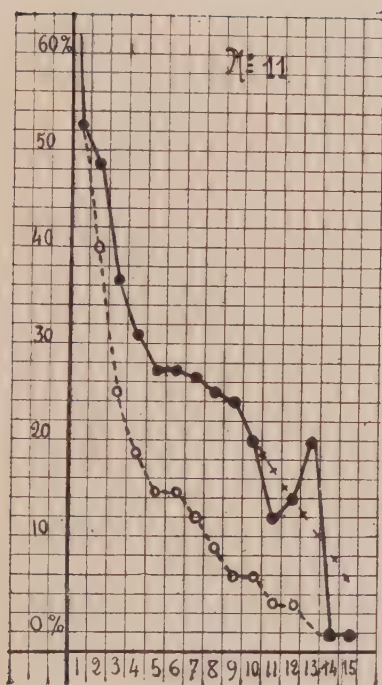
Et en pourcentage vrai, par années post-opératoires :

Sur 32 opérées	17	ont survécu	1 an	= 53,1%
— 27	— 13	—	2 ans	= 48,1%
— 22	— 8	—	3 —	= 36,3%
— 19	— 6	—	4 —	= 31,5%
— 18	— 5	—	5 —	= 27,7%
— 18	— 5	—	6 —	= 27,7%
— 15	— 4	—	7 —	= 26,6%
— 12	— 3	—	8 —	= 25%
— 9	— 2	—	9 —	= 22,2%
— 9	— 2	—	10 —	= 20%
— 8	— 1	—	11 —	= 12,5%
— 7	— 1	—	12 —	= 14,2%
— 5	— 1	—	13 —	= 20%
— 2	— 0	—	14 —	= 0%
— 2	— 0	—	15 —	= 0%

Résultats que nous avons transcrits graphiquement au graphique N° 11; en opposant le tracé du pourcentage global à celui du pourcentage vrai.

Nous avons aussi dressé le tracé corollaire et inverse du pourcentage vrai de mortalité par années post opératoires (N° 12).

Ces nombres, et surtout les tracés graphiques qui les transcrivent montrent encore ici avec quelle sévère



N° 11.

3^e Catégorie. « Cancers ulcérés ».

En trait plein. Pourcentage « vrai ».

En pointillé : Pourcentage « global ».
des survivantes par années post-opératoires.

N° 12.

3^e Catégorie. « Cas ulcérés ».

Corollaire du N° 11.

Pourcentage vrai de mortalité par années post-opératoires.

progression ces opérées disparaissent dans les cinq premières années post opératoires.

De 53,1% de survie à la première année l'on tombe à 27,7% à la cinquième, presque moitié moins. Dans les années qui suivent le tracé du pourcentage décroît, naturellement. Mais combien plus lentement; tendant trop rapidement toutefois (en dix ans) vers zéro. Un cas heureux de la statistique de M. Le Jemtel, (vivante encore du reste) la relève même à 20% à la treizième année post opératoire. Mais nous ne pensons pas qu'on soit souvent en droit d'espérer un tel résultat, et dans l'ensemble des séries le tracé s'inclinera sans doute régulièrement vers zéro, suivant une ligne courbe que nous avons fictivement tracées en pointillé.

La comparaison du tracé graphique des résultats opératoires de cette catégorie des cancers ulcérés avec celui des cas de deuxième catégorie (ganglions axillaires seuls avec moyennes adhérences) montre du reste toute la gravité de ces ulcérations. Les courbes, à **départ** moins élevé, tombent plus vite et plus bas.

Au lieu de 94,5% de survivantes à la première année post opératoire; nous n'en avons plus que 53,1%.

A la troisième 36,3% au lieu de 83,8%

A la cinquième 27,7% au lieu de 60,9%

A la septième 26,6% au lieu de 59,1%

A la onzième 12,5% au lieu de 45,4%

A la quatorzième 0% au lieu de 33,3%

De ces comparaisons on peut donc conclure que si le diagnostic précoce proprement dit du cancer est très important — l'éducation, à faire, du public **et général** et surtout des populations rurales sur la gravité particulière des formes ulcérées, ne présente pas un caractère de moindre urgence — et que le retard de l'intervention jusqu'à ces formes si avancées en diminue presque du tiers les chances de succès.

Pourtant, quelque avancées que soient ces formes — il convient encore de tenter l'intervention. — En effet, dit M. Forgue dans son Rapport, page 169 :

« Considérez que la période de fréquence maxima
« du cancer du sein s'étend entre la cinquantième et
« la soixante-cinquième année : pour des femmes
« de cet âge assurer une prolongation de huit à quinze
« ans, c'est déjà une longévité satisfaisante. Bien que
« toute mort par le cancer soit cruelle, c'est néanmoins
« un bienfait que de substituer à la fin lamentable des
« récidives locales, ulcérées, sanieuses, exposant l'en-
« tourage à des contaminations, aggravées de ces
« œdèmes énormes et douloureux du bras (1), la ter-
« minaison plus, simple plus propre, par des métastases
« thoraciques — qui sont la majorité et où la malade
« garde jusqu'au bout, l'illusion qu'elle est guérie de
« son mal; ce n'est pas un paradoxe, ou un trait d'hu-
« mour britannique que de soutenir avec Sampson
« Handley que la fin de la vie est ainsi rendue plus
« confortable ».

(1) Observation N° 85.

CHAPITRE V

Quelques remarques au sujet de quelques cas

—Rapport avec l'âge.

—Cas de cancers bilatéraux.

—Un cas d'Hystérectomie consécutive.

En marge des observations de nos 146 malades, nous croyons intéressant de noter les quelques remarques suivantes :

1°) Fréquence selon l'âge.

Les 146 cas de cancer se répartissent comme suit :

de 20 à 30 ans . 4 cas soit 3%

de 30 à 40 — 13 — soit 9%

de 40 à 50 — 36 — soit 24%

de 50 à 60 — 43 — soit 43%

de 60 à 70 — 23 — soit 16%

de 70 à 80 — 8 — soit 5%

Et le bénéfice de l'acte opératoire en proportion de l'âge peut aussi s'évaluer en pourcentage. Mais, toutefois de façon moins précise, puisque nous ne comptons que les survivantes actuellement vivantes. Or, il ne faut pas oublier que dans son temps, telle opérée maintenant morte a pu survivre plus longtemps que ne le fera, au total, telle opérée encore actuellement vivante, mais, plus récente par rapport à la date de l'opération.

Quoiqu'il en soit, voici ces rapports :

de 23 à 30 ans	50%	vivantes	50%	décédées.
de 30 à 40 ans	92,3%	—	7,7%	—
de 40 à 50 ans	41,6%	—	58,4%	—
de 50 à 60 ans	48,4%	—	51,5%	—
de 60 à 70 ans	43,5%	—	56,5%	—
de 70 à 80 ans	50%	—	50%	—

Compte tenu de la restriction plus haut mentionnée sur la valeur absolue d'un tel pourcentage — et de ce fait qu'il porte aux différents âges, sur des lots inégaux réserve faite, en outre, des chances normales de vie ou de mort (sans cancer du sein, par exemple) selon l'âge de la malade à la date de l'intervention ; on pourrait pourtant en déduire que ce sont les opérées de **30 à 40** ans, qui résistent le mieux aux dangers des métastases ultérieures et de la mort par récidive.

Et ceci rentre dans l'ensemble des notions acquises sur le coefficient biologique individuel.

Cancers des deux seins.

L'ensemble des 146 cas comporte 4 observations de cancer des deux seins. « Dans deux cas, disait M. Le Jemtel, dans sa communication au Congrès de Strasbourg — j'ai opéré moi-même les deux seins — l'un dans une même séance (malade de 29 ans, cf. observation N° 113) l'autre à huit mois de distance (observations 87 et 97). Le troisième, à 12 ans de distance (observations 29, en 1909 et 142 en 1921). Le dernier, (observation N° 89) avait été opéré 10 ans auparavant par un autre chirurgien. »

Cancer du sein — et ovariectomie.

Une malade (observation 134) semble nettement avoir retiré grand bénéfice d'une hystérectomie que les circonstances amenèrent à pratiquer 12 mois après l'amputation du sein.

VIII

CONCLUSIONS

Une d'ordre clinique

Quatre d'ordre statistique

Arrivé au terme de cette étude, nous croyons pouvoir en tirer les conclusions suivantes, qui seront de deux ordres :

D'ordre clinique et prophylactique, d'une part, la première, maintes fois déjà redite par d'autres plus autorisés, est que :

1° L'avenir de la Chirurgie du cancer du sein, repose en premier lieu et presque exclusivement sur la précocité du diagnostic et de l'intervention chirurgicale, maintenant que la méthode opératoire semble avoir atteint la limite extrême de l'exérèse possible

Et d'autre part, d'ordre statistique :

2° Le **pourcentage « global »** est une erreur. Erreur traditionnelle et qui se continue.

Les renseignements qu'il fournit, toujours inexacts, sont, dans certains cas, avec le recul de la date de l'intervention, grossièrement erronés ; l'emploi de ce « mètre » faux est en désaccord paradoxal avec la précision qu'on s'efforce, par ailleurs, d'apporter dans les méthodes d'étude du cancer.

3° Le **pourcentage « vrai »** est seul exact et son emploi est seul logique.

Seul il donne des renseignements de valeur, dont on puisse utilement tenir compte.

4° L'**application du procédé de pourcentage « vrai »** doit se faire sur le total obtenu par l'addition des **survivantes dénombrées à chaque année post-opératoire de même désignation ordinale**, quelle que soit la date millésime de l'intervention, et sans qu'il y ait à tenir compte que ces survivantes d'alors soient encore vivantes ou déjà décédées au moment où se fait cette enquête.

On obtient seulement ainsi des renseignements qui serrant de près l'évolution de la réalité clinique, en donnent, par la succession des pourcentages obtenus une vue « perspective » exacte en nombre et en durée.

5° La **transcription graphique**, en courbes et en tracés, des données fournies par ce mode de faire, aide singulièrement à en prendre une connaissance simultanée aux différents moments, permettant de juger la valeur du bénéfice de l'acte opératoire sur l'ensemble des opérées — et d'en tirer les lois générales de pronostic.

Vu le Président de thèse
LEJARS

Vu le Doyen de la Faculté
ROGER

Vu le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
APPEL

CHAPITRE VI

Résumé des 146 observations cliniques inédites

N° 1. — 12 décembre 1906.

Mme L... 40 ans. Le Ribay-Mayenne, (D^r GOUPIL).

Cancer du sein. Adhérences aux plans profonds. Ganglions axillaires.

Ganglions axillaires.

Amputation de la glande et du grand pectoral. Curage de l'aisselle.

Réunion par première intention.

Guérison. — La malade est encore actuellement vivante et bien portante.

1907. — 5 janvier.

N° 2. — Mme L... 35 ans (Alençon), (D^r DEMIRLEAU).

Epithélioma du sein avec ganglions axillaires. Adhérences aux plans profonds. Peau d'orange.

Amputation de la glande et des muscles grand et petit pectoral. Curage de l'aisselle, d'où sont extirpés de nombreux ganglions envahis. La malade guérit, vit encore et se porte bien.

N° 3. — 26 janvier 1907.

Mme Ch... (Alençon), (D^r BEAUDOIN).

Néoplasme du sein.

Opérée sept ans auparavant par un confrère, mais sans curage de l'aisselle.

Récidive ganglionnaire.

Extirpation de cette masse assez volumineuse et très adhérente. Ligature de la veine axillaire enchassée dans cette masse néoformée.

La malade survécut dix ans. Morte en 1917, à l'âge de 75 ans, sans doute de généralisation.

N° 4. — 9 mai 1917.

Mme T... 63 ans (Alençon), (D^r GODDE).

Néoplasme du sein droit.

Adhérences à la peau et aux plans profonds. Ganglions axillaires.

Amputation de la glande et du grand pectoral. Curage de l'aisselle.

La malade meurt le 9^e jour d'embolie pulmonaire.

N° 5. — Mme Fr... 39 ans (Alençon).

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande, le grand pectoral est respecté dans ses deux tiers externes.

Curage de l'aisselle.

La malade vit encore et se porte bien.

N° 6. — 10 septembre 1907.

Mme M... 53 ans (Cerisé).

Cancer du sein droit, avec ganglions axillaires.

Opération. — Amputation de la glande, les deux chefs du grand pectoral sont conservés. Curage de l'aisselle. Réunion par glissement. La malade meurt dix ans après, de généralisation vraisemblablement.

N° 7. — 8 novembre 1907.

Mme G... (Bellême), (D^r BOUTRON).

Néoplasme du sein, avec ganglions axillaires.

Opération de **Halsted**. Curage de l'aisselle. La malade guérie, vit encore bien portante.

N° 8. — 18 décembre 1907.

Mme Ch... 52 ans (Seez), (D^r HOMMEY).

Cancer du sein.

Avec volumineux ganglions axillaires et quelques ganglions sous-claviculaires.

Opération de Harlsted. Curage de l'aisselle et extirpation des ganglions sous-claviculaires.

Récidive sous claviculaire, pour laquelle on intervient le 16 décembre de la même année. La malade meurt en août de l'année suivante de généralisation, avec cancer de l'utérus.

N° 9. — 18 décembre 1907.

Mme Ch... 52 ans (Blanchelande).

Cancer ulcéré du sein avec ganglions axillaires. Adhérences au plan profond.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle. Morte après 8 ans de survie.

N° 10. — 30 décembre 1907.

Mme R... 55 ans (Cirai), (D^r BAZIN).

Epithélioma ulcéré du sein avec ganglions axillaires et adhérences aux plans profonds.

Halsted. Curage de l'aisselle. Survie trois ans.

N° 11. — 18 mars 1908.

Mme A... 57 ans (Gacé), (D^r JAMET).

Cancer du sein. Adhérences aux plans profonds avec envahissement de la peau et ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

L'année après **récidive** sus-claviculaire, carotidienne et axillaire. Extirpation des premiers avec incision en L le long du bord antérieur du sterno cleido mastoïdien, l'autre le long de la clavicule et des seconds, par curage de l'aiselle

Survie totale 3 ans.

N° 12. — Mars 1908.

Religieuse 50 ans (Alençon), (D^r DEMIRLEAU).

Cancer du sein, avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aiselle. La malade survit 3 ans.

N° 13. — Avril 1908.

Mme M... 30 ans (Alençon), D^r DEMIRLEAU).

Sein opéré antérieurement (2 ans), pour kystes(? ?).

Volumineux ganglions axillaires.

Tumeur chondro-sternale.

Adhérence de la peau et des cicatrices aux plans profonds.

Ablation extirpation des ganglions axillaires.

Réséction large de la peau et de la tumeur chondro sternale.

Réunion par glissement de vastes lambeaux décollés. La malade survécut trois ans. Mort par généralisation.

N° 14. — 7 août 1908.

Mme A... 55 ans (St-Quentin-de-Blavoust), (D^r CHAPIREAU).

Cancer du sein avec nombreux ganglions axillaires.

Réséction de la glande et des muscles. Curage de l'aiselle.

La malade meurt de généralisation, pensons-nous, après avoir survécu 3 ans.

N° 15. — 15 avril 1908.

Mme M... 29 ans (St Hélier-du-Bois)), (D^r CHANBAY).

Cancer du sein, avec peau d'orange sans adhérence aux plans profonds. Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

Récidive l'année suivante. Sus-claviculaire ; opérée à nouveau le 29 avril 1909. Evidement du creux sus claviculaire. Survie une année.

N° 16. — 26 juin 1908.

Mme F... (Tanville, Orne), (D^r HOMMEY).

Volumineuse tumeur du sein.

Sarcome probablement.

Ganglions axillaires nombreux.

Amputation de la glande et des muscles.

Curage de l'aisselle.

La malade meurt après dix ans de survie d'une affection qui semble n'avoir pas de rapport avec la tumeur opérée.

N° 17. — 1^{er} juillet 1908.

Mme Ch... 68 ans, de Bourg-le-Roy (Sarthe), (D^r REPUS-SARD).

Néoplasme du sein avec nombreux ganglions axillaires adhérence à la peau et aux plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles.

Curage de l'aisselle. Autoplastie.

Meurt en octobre 1909 de généralisation.

N° 18. — 21 juillet 1908.

Mme M... 48 ans (Mortagne) (D^r BRIZARD).

Néoplasme du sein gauche, avec ganglions axillaires, adhérence aux plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles.

Curage de l'aisselle.

La malade guérie et bien portante, vit encore actuellement.

N° 19. — 20 août 1908.

Mme C... 50 ans (Seez), (D^r HOMMEY).

Cancer du sein. — Nombreux et volumineux ganglions axillaires. Adhérences aux plans profonds. Opération large. Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle. La malade survit deux ans et meurt de généralisation.

N° 20. — 1^{er} septembre 1908.

Mme G... 57 ans.

Antérieurement opérée, en 1898, pour kyste d'ovaire.

Néoplasme du sein.

Adhérence aux plans profonds. Ganglions axillaires.

Peau d'orange. Rétraction du mamelon.

Tout est adhérent.

Opération de Halsted large et curage de l'aisselle. La malade survit 4 ans. Morte de généralisation.

N° 21. — 26 octobre 1908.

Mme B... 40 ans (Saint Aignan) (D^r GOUPIL).

Cancer du sein. — Avec ganglions axillaires. Amputation

de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Depuis lors, 14 ans, la malade se porte bien et vit encore.

N° 22. — 12 février 1909.

Mme A... 68 ans, opérée à l'hôpital de Séez (Orne).
(D^r HOMMEY).

Néoplasme du sein droit, avec ganglions axillaires et sus-claviculaires.

Opération de Halsted. Curage axillaire et sus-claviculaire.
Autoplastie par glissement.

La malade survit 3 ans.

N° 23. — mai 1909.

Mme B... 54 ans (Alençon).

Cancer ulcéré du sein, avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande, des deux portions externes du grand pectoral. Curage de l'aisselle. Réunion sans autoplastie.

La malade est encore vivante.

1909

N° 24. — 21 juillet 1909.

Mme S... 69 ans (Seez), (D^r ROCHER).

Carcinome du sein. Tumeur adhérente en masse avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle. Réunion par première intention.

Depuis lors, guérie et bien portante.

En 1922. — Une récurrence cutanée disparaît très bien par application locale de radium. La guérison semble parfaite.

N° 25. — 7 août 1909.

Mme B... 68 ans (La Pooté), (D^r POIRRIER).

Néoplasme du sein gauche.

Ablation de la glande et d'une portion du grand pectoral.

Adhérence à la peau. Ganglions axillaires.

Curage de l'aisselle. Drainage.

Réunion par glissement des lambeaux cutanés décollés.

Depuis lors (13 ans), la malade guérie est bien portante et actuellement vivante.

N° 26. — 10 septembre 1909.

Mme V... 54 ans (La Poôte), (D^r POIRRIER).

Volumineux épithélioma ulcéré du sein gauche, avec adénite axillaire.

Ablation de la glande, des muscles et curage de l'aisselle.

Morte après deux ans par généralisation.

N° 27. — 13 octobre 1909.

Mme J... 35 ans (Alenuçon) (D^r BEAUDOIN).

Cancer ulcéré du sein, adhérent aux plans profonds, avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted.

Une année de survie.

N° 28. — 18 décembre 1909.

Mme D... (Fél), D^r JAMET.

Néoplasme du sein gauche, avec ganglions axillaires.

Adhérence à la peau.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade survit 4 ans, et meurt de généralisation.

N° 29. — 14 décembre 1909.

Mme C... 47 ans (Canapville, Orne), (D^r LOUVEAU).

Tumeur du sein droit. — Epithélioma.

Début il y a 20 ans au dire de la malade.

Volume d'une orange.

Ganglions axillaires.

Adhérence à la peau et aux muscles.

Opération de Halsted. Extirpation des muscles pectoraux.
Curage de l'aisselle.

Guérison. La malade vit encore.

N.-B. — Le deuxième sein sera pris plus tard (10 ans environ) et ulcéré sera à son tour amputé en 1921. Voir n° 142.

1910.

N° 30. — 10 février 1910.

Mme C... 42 ans, de Douilly (Sarthe) D^r HOIREAU).

Cancer du sein droit, avec ganglions axillaires et adhérence aux muscles sous-jacents.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Réunion avec drainage sans autoplastie.

Teinture d'iode. Réunion par primaire.

La malade est depuis (12 ans), bien portante et actuellement vivante.

N° 31. — 11 mars 1910.

Religieuse de la P... (Seez), (D^r ROCHER).

Cancer du sein gauche, avec ganglions axillaires, Amputation du sein. Résection du grand pectoral. Curage de l'aisselle. Réunion **per primam**. La malade est vivante et bien portante.

N° 32. — 23 mars 1910.

Mme L... 43 ans (Neuville), (D^r HOMMEY).

Cancer ulcéré du sein, avec adhérence aux plans profonds et ganglions axillaires. Opération de Halsted.

Réunion difficile.

La malade meurt en 1920 (10 ans après) à Flers, d'une affection,, dit le docteur, qui n'a pas de rapport avec son cancer.

N° 33. — 22 août 1910.

Mme A... 50 ans (La Lande de Gault), D^r PATRY).

Cancer du sein volumineux, avec ganglions axillaires et adhérences aux plans profonds, et à la peau.

Opération de Halsted. Ablation cutanée large. Curage de l'aisselle.

La réunion est difficile.

En janvier 1911 (5 mois après), récidence purement cicatricielle. Extirpation. Autoplastie par lambeau de l'hypo-chondre.

La malade ne survit que deux ans.

N° 34. — 2 septembre 1910.

Mme M... 37 ans (Alençon).

Cancer du sein, avec ganglions axillaires.

Cette femme a déjà été opérée par le D^r Lejemtel, 2 ans ans auparavant pour cancer du col. (Hystérectomie vaginale).

Cette atteinte nouvelle est sans doute secondaire. Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Depuis lors (12 ans), cette femme est guérie bien portante et actuellement vivante.

N° 35. — 19 octobre 1910.

Mlle V... 52 ans (Alençon).

Néoplasme du sein droit.

Peau d'orange. Adhérence aux plans profonds. Ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Ablation du grand et du petit pectoral. Curage de l'aisselle.

Depuis 12 ans la malade est bien portante et vit encore.

° 36. — 29 novembre 1910.

Mme C... 39 ans (La Chapelle Montligeon).

Cancer du sein, avec adhérence à la peau et aux muscles profonds, ganglions axillaires.

Amputation du sein. Ablation des ganglions en avant et en arrière du grand pectoral qui est réséqué. Curage de l'aisselle

Réunion **per priman**.

Depuis douze ans, la malade actuellement vivante, est guérie et bien portante.

1911.

N° 37. — 10 février 1911.

Mme F... 49 ans (Le Mesnil Froger), D^r PERDREAU.

Cancer du sein droit, adhérent aux plans profonds, avec ulcération cutanée très large.

Opération large.

La veine axillaire est enchassée dans un amas de ganglions que l'on dissèque avec soin.

La survie est de six mois.

N° 38. — 28 mars 1911.

Mme B... 40 ans (St Calais du Désert), (D^r PATRY).

Cancer du sein avec ganglions axillaires et adhérences aux plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles pectoraux.
Curage de l'aisselle.
La malade survit 3 ans et meurt de généralisation.

N° 39. — 25 septembre 1911.

Mme P... 64 ans (Asile d'aliénés), (Alençon).

Néo du sein avec ganglions et adhérences. Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

Les renseignements ultérieurs nous ayant manqués nous l'avons compté comme morte dans le courant de la première année.

N° 40. — 2 novembre 1911.

Mlle M... 29 ans (Alençon), (D^r BAILLEUL).

Cancer du sein, datant de 3 ans au dire de la malade. adhérence partielle au plan musculaire. Ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Ablation des deux tiers internes du grand pectoral. Curage de l'aisselle. Ablation des ganglions envahis longeant le bord du grand pectoral. La malade meurt dans la septième année post-opératoire.

N° 41. — 15 décembre 1911.

Mme F... 45 ans (Bazoche-sur-Huisme).

Volumineux néoplasme du sein droit. Adhérences à la peau. Ganglions axillaires. Opération de Halsted.

Ablation des deux faisceaux internes du grand pectoral. Curage de l'aisselle. Ganglions nombreux et volumineux. Réunion par autoplastie avec glissement.

Depuis 11 ans la malade se porte bien. Elle est actuellement vivante.

N° 42. — 15 février 1911

Mme C... 60 ans (Mortagne), (D^r BRIZARD).

Cancer du sein. Adhérence à la peau (peau d'orange), et aux plans profonds.

Très nombreux ganglions axillaires

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle. La malade meurt de généralisation au cours de la quatrième année.

N° 43. — 6 février 1912.

Mme T... 58 ans. Commanches. — D^r BOULAY.

Neoplasme du sein, avec ganglions axillaires.

Opération d'Halsted. — Ablation du grand pectoral. — Curage de l'aisselle.

Depuis 10 ans la malade est guérie et actuellement vivante et bien portante.

N° 44. — 10 janvier 1912.

Mme L... 80 ans. — D^r LE JEMTEL.

Cancer du sein avec ganglions.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade est morte à l'âge de 84 ans, de pneumonie.

N° 45. — 3 février 1912.

M. G... 58 ans. — Assé le Boisne.

Néoplasme du sein, adhérences aux muscles profonds. Ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

La malade est encore vivante et bien portante.

N° 46. — 6 mars 1912.

X... Asile d'aliénés. Alençon.

Cancer du sein avec ganglions axillaires. Adhérences aux muscles.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

Nous n'avons pu recueillir de renseignements sur les suites opératoires.

Nous l'avons donc comptée comme morte de récurrence au cours de la 1^{re} année.

N° 47. — Avril 1912.

Mme S... Bellevue.

Cancer du sein, avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted, résection d'un faisceau du grand pectoral, curage de l'aisselle.

La malade a survécu 7 ans. Morte en 1919 de généralisation.

N° 48. — 7 mai 1912.

M. C... 40 ans. Alençon. — D^r LE JEMTEL.

Cancer du sein, avec adhérence aux plans profonds, ganglions axillaires nombreux.

Opération de Halsted. Résection des grand et petit pectoral, curage de l'aisselle.

La malade survit 4 ans et meurt en 1916 de généralisation.

N° 49. — 12 août 1912.

Mlle F... 50 ans. La Pooté (Mayenne).

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Résection partielle du grand pectoral. Curage de l'aisselle.

La malade est depuis lors bien portante et actuellement vivante.

N° 50. -- 4 décembre 1912.

Mme D... 59 ans. Vimoutiers. — D^r LE JEMTEL.

Neoplasme du sein, avec ganglions axillaires et adhérences aux plans profonds.

Amputation de la glande et du muscle grand pectoral. Curage de l'aisselle.

La malade a survécu 4 ans et est morte, très sénile, de généralisation sans doute.

N° 51. — 18 février.

Mme D... Argentan.

Neoplasme du sein, avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted, curage de l'aisselle, résection partielle du grand pectoral.

La malade est actuellement vivante et bien portante, avec une survie de 9 ans.

N° 52. — 5 avril 1913.

Mme R... Joué des Bois.

Neoplasme du sein, adhérences musculaires, ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade meurt après 3 ans de survie.

N° 53. — 12 avril 1913.

Mme B... 45 ans. Condé-sur-Sarthe. — D. CHAPIREAU.

Cancer du sein avec ganglions axillaires et adhérences aux plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aiselle.

Après 3 ans de survie la malade meurt de récurrence.

N° 54. — 20 juin 1913.

Sœur O... religieuse, 45 ans.

Neoplasme du sein droit avec ganglions axillaires. Adhérences aux muscles.

Opération de Halsted. Extirpation de la glande et des muscles. Curage de l'aiselle.

La malade meurt de généralisation après avoir survécu deux ans.

N° 55. — 29 août 1913.

Sœur X... 50 ans. Condé-sur-Noireau. — D^r ROCHER.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Résection des deux pectoraux. Curage de l'aiselle.

La malade vit encore guérie et bien portante.

N° 56. — 27 novembre 1913.

Mme F... 55 ans. — D^r Fenigo.

Neoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aiselle.

La malade est vivante et bien portante.

N° 57. — 19 juillet 1913.

Mme B... 70 ans. Alençon. — D^r VERNIER.

Malade opérée pour adénome (?) au Hâvre.

Neoplasme du sein avec adhérence à la peau et aux plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'ais-
selle.

Morte de généralisation après un an.

N° 58. — 20 mars 1914.

Mlle T... 36 ans. Hôpital d'Alençon.

Neoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Résection du grand pectoral. Cu-
rage de l'aiselle.

La malade est actuellement bien portante après 8 ans.

N° 59. — 26 mars 1914.

Mme B... 70 ans. Pré-en-Pail. — D^r VACHER.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Résection de la glande et des mus-
cles. Curage de l'aiselle.

La malade, âgée de 78 ans, est actuellement vivante et
bien portante.

N° 60. — 21 avril 1914.

Mme G... 57 ans. Alençon. — D^r BAILLEUL.

Cancer du sein avec ganglions axillaires, peau d'orange,
début d'adhérences aux plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de
l'aiselle.

La malade survit 3 ans, et meurt de généralisation.

N° 61. — 19 mai 1914.

Mme E... 57 ans. Bellème. — D^r BOUTRON.

Cancer du sein avec propagation aux pans profonds et aux ganglions de l'aisselle.

Opération large.

Survie : 3 ans.

N° 62. — 28 mars 1914.

Mlle S... 30 ans. Mortagne. — D^r BRIZARD.

Cancer du sein avec ganglions axillaires. Peu d'adhérences.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle. Réunion par autoplastie.

La malade est actuellement vivante et bien portante.

N° 63. — 9 juin 1914.

Mme L... 70 ans. Caen. — D^r LE JEMTEL.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted (glande, muscle grand pectoral et ganglions de l'aisselle en un seul bloc).

La malade est vivante et bien portante.

N° 64. — 1^{er} juillet 1914.

Mme R... 49 ans. St-Ouen-de-Secherouve. — D^r BRIZARD.

Neoplasme ulcéré du sein gauche avec ganglions axillaires. Adhérence aux plans profonds.

Opération élargie.

Mort après 2 ans de survie.

N° 60. — 21 septembre 1914.

Mme P... 55 ans. Joué-du-Bois. — D^r BAZIN.

Cancer ulcéré du sein avec adhérences aux plans profonds et ganglions axillaires.

Opération à domicile. Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Récidive et mort au bout de 2 ans 1/2.

N° 66. — 6 février 1915.

Mme L... 55 ans. St-Denis-sur-Sarthon. — D^r LE JEMTEL.

Néoplasme du sein avec adhérences aux plans profonds et ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Amputation de la glande et des 2 pectoraux. Curage de l'aisselle.

Récidive cicatricielle deux mois après. Extirpation. Autoplastie.

La malade meurt de récidive après avoir survécu deux ans.

N° 67. — 22 avril 1915.

Mme L... 48 ans. La Boissière.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires et peau d'orange.

Amputation de la glande et des muscles.

Morte au bout de 3 ans.

N° 68. —

Mme G... 41 ans. Bretoncelle. — D^r JAY.

Néoplasme ulcéré du sein avec ganglions axillaires et adhérences aux plans profonds.

Opération de Halsted élargie.

Morte dans le cours de la 1^{re} année.

N° 69. — 7 avril 1915.

Mme P... 50 ans. Le Gué-de-la-Chaine. Opéré à domicile.
— D^r WATTELET (aide).

Cancer du sein avec ganglions axillaires et adhérence aux muscles.

Opération de Halsted. Sein, muscles et curage de l'aiselle.

La malade meurt la 5^e année post opératoire.

N° 70. —

Mme P... 50 ans. Alençon.

Cancer ulcéré du sein avec ganglions axillaires et adhérence aux plans profonds.

Opération large.

Mort après 3 ans.

N° 71. — 8 juin 1915.

Mme C... 52 ans. Mortagne.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aiselle.

La malade est actuellement vivante et bien portante.

N° 72. — 15 juillet 1915.

Mlle M... 63 ans. Mortagne.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires et adhérences aux muscles.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aiselle.

La malade est actuellement vivante et bien portante.

N° 73. — 20 octobre 1915.

Mme L... 46 ans.

Néo ulcéré du sein gauche.

Cette malade, débile mentale, est la sœur d'une opérée de 1907 parfaitement guérie. Mais étant donné sa faiblesse d'esprit sa famille a attendu l'ulcération et les soins que celle-ci exige pour décider la malade à l'intervention.

Opération large et curage de l'aisselle. Récidive locale opérée le 21 décembre 1915.

Morte après un an de survie.

N° 74. — 4 décembre 1915.

Mme L... 79 ans. La Ferté-Macé. — D^r LOUVEAU.

Cancer du sein avec ganglions axillaires. Adhérences à la peau.

Amputation de la glande et d'une portion du grand pectoral. Curage de l'aisselle.

Agée maintenant de 86 ans la malade est vivante et bien portante.

N° 75. — 14 décembre 1915.

Mlle D... 23 ans. La Poôté (Mayenne). — D^r RUAULT.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade est actuellement vivante et bien portante, sans récidive. ✓

N° 76. — 3 mai 1916.

Mme P... 40 ans. Tanville. — D^r HOMMEY.

Cancer du sein avec ganglions axillaires. Adhérences à la peau.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

Mort au cours de la 2^e année post opératoire.

N° 77. — 6 mars 1916.

Mme D... 67 ans. Remalard. — D^r BUTEL.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires et adhérences à la peau.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

Après 6 ans passés, la malade vit encore guérie sans récidive et bien portante.

N° 78. — 9 mars 1916.

Mme V... 60 ans. Alençon.

Néoplasme du sein à développement rapide. Adhérence à la peau. Rétraction du mamelon. Ganglions axillaires envahis.

Amputation du sein, muscle grand pectoral. Curage de l'aisselle.

La malade meurt au cours de la 3^e année.

N° 79. — 25 juillet 1916.

Mme B... 39 ans. Nocé. — D^r GIRAULT.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade vit encore, bien portante, sans récidive.

N° 80. — 15 septembre 1916.

Mme L... 44 ans. Alençon.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires et envahissement vers les plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Récidive 4 mois plus tard. — Nouvelle intervention le 20 janvier 1917. — Résection costale. — Autoplastie.

La malade meurt de généralisation, dans l'année.

N° 81. — 16 décembre 1916.

Mme F... 45 ans. St-Aignan-Couptron (Mayenne).

Néo du sein avec vaste ulcération située à la limite supérieure du mamelon.

Opération très large avec curage de l'aisselle.

Morte dans le cours de la 2^e année.

N° 82. — 19 janvier 1916.

Mme D... 68 ans. Le Theil.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Guérison sans récurrence. La malade vit encore.

N° 83. — 9 février 1916.

Mme P... 55 ans. La Poôte. — D^r POIRRIER.

Néoplasme du sein avec adhérence à la peau et aux plans profonds.

Opération élargie.

La malade meurt de généralisation après 3 ans de survie.

N° 84. — 8 juin 1916.

Mme P... 40 ans. Carrouges. — D^r PATRY.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et, partiellement, du grand pectoral. Curage de l'aisselle.

Guérie sans récurrence, la malade vit encore.

N° 85. — 10 juin 1916.

Mme B... 50 ans. Colonar. — D^r LEVASSORT.

Cancer ulcéré du sein avec adhérence aux plans profonds et ganglions axillaires.

Opération élargie.

Cette malade a été revue vivante en avril 1922 (D^r GI-REAUX). — Le bras est œdématisé dans des proportions énormes. On propose une désarticulation de l'épaule qui est refusée.

N° 86. — 8 août 1916.

Mme J... 55 ans. Lagny. — D^r BOULAY.

Cancer ulcéré du sein avec ganglions axillaires et adhérence aux plans profonds.

Amputation du sein et des muscles. Curage de l'aisselle. La malade meurt dans l'année.

N° 87. — 2 septembre 1916.

Mlle R... 45 ans. Barville.

Néoplasme du sein gauche avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Guérie, la malade vit encore, mais a été depuis opérée du sein droit en avril 1917 (voir N° 97).

N° 88. — 1^{er} octobre 1916.

Mme L... 44 ans. Condé-sur-Noireau. — D^r GUEDON.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires peau d'orange. Adhérence aux plans profonds.

Opération de Halsted.

Malade revue en novembre 18 à Caen (D^r TROLLEY)
pour apparition de ganglions sus-claviculaires. Curage du
creux susclaviculaire.

La malade est décédée dans le courant de la 5^e année.

N° 89. — 27 octobre 1916.

Mme F... 50 ans. Alençon.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires et adhé-
rence à la peau.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

Antérieurement, en 1906, l'autre sein déjà amputé pour
cancer par Delagenière ; opérée aussi pour fibrome utérin
par le même chirurgien.

Cette malade meurt 3 ans après, de généralisation pleuro
pulmonaire.

N° 90. — 11 novembre 1916.

Mme M... 50 ans. La Lande-de-Goulte. D^r PATRY.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade vit encore, guérie sans récurrence.

N° 91. — 6 janvier 1917.

Mme C... 63 ans. Isigny.

Cancer du sein avec ganglions et propagation vers les
plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'ais-
selle.

La malade, guérie sans récurrence, vit encore.

N° 92. — 1^{er} janvier 1917.

Mme L... 32 ans. La Poôté. — D^r POIRRIER.

Cancer du sein avec ganglions axillaires. Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

La malade vit encore, guérie sans récurrence.

N° 93. — 11 janvier 1917.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade guérie, vit encore, sans récurrence.

N° 94. — 26 janvier 1917.

Mlle L... 45 ans. Mortagne. — D^r LEVASSORT.

Néoplasme du sein, avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade, guérie sans récurrence, vit encore.

N° 95. — 8 février 1917.

Mlle O... 45 ans. Tanville. — D^r HOMMEY.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade est actuellement vivante guérie sans récurrence.

N° 96. — 17 février 1917.

Mme G... 35 ans. Le Mesle-sur-Sarthe.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires, pas d'adhérences à la peau. Mobile sur plans profonds.

Amputation de la glande et, partiellement, du muscle grand pectoral. Curage de l'aisselle.

Guérie, sans récurrence, la malade vit encore.

N° 97. — 5 avril 1917.

Mme R... 45 ans. Barville.

Néoplasme du sein droit, avec ganglions axillaires. Déjà opérée du sein droit le 2 septembre 1916, 5 mois auparavant.

S'agit-il d'une récurrence par voie lymphatique de sein à sein ? Est-ce un nouveau cancer ?

Opération de Halsted. Glande et muscles. Curage de l'aisselle. La réunion se fait par décollement de la peau, vers l'hyphochondre, et glissement.

La malade, bien portante, vit encore.

N° 98. — 28 avril 1917.

Mme X... 45 ans. Asile d'aliénés. Alençon.

Néoplasme du sein, volumineux, avec ganglions axillaires, adhérence à la peau et aux flancs profonds.

Opération de Halsted, glande et muscles. Curage de l'aisselle.

Sans renseignements à son sujet, nous l'avons comptée morte au cours de la 1^{re} année.

N° 99. — 22 mai 1917.

Sœur F... 52 ans. Briouze.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires. Adhérence à la peau.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Guérison sans récurrence, actuellement vivante.

N° 100. — 30 novembre 1917.

Mme D... 54 ans. (Rânes), D^r PATRY.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.
Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.
Morte de généralisation la 4^e année.

N° 101. — 9 décembre 1917.

Mme J... 54 ans. St-Denis-sur-Sarthon.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires, adhérence à la peau et aux plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles: Curage de l'aisselle.

Réopérée au cours de l'année pour kyste au niveau de la cicatrice.

Morte après 4 ans de survie de généralisation pleuro pulmonaire.

N° 102. — 10 mars 1918.

Mme B... 53 ans. Mortagne.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

Depuis lors la malade est vivante et bien portante.

N° 103. — 11 mars 1918.

Mme B... (D^r DEMIRLEAU).

Néoplasme ulcéré du sein, avec envahissement des plans profonds.

Ablation en un bloc de la tumeur, des ganglions et des muscles.

La malade meurt de généralisation au bout de 1 an.

N° 104. — 11 mars 1918.

Mme P... Le Mesle-sur-Sarthe. — D^r CHAPIREAU.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires, adhérences aux plans profonds.

Opération de Halsted, glande et muscles. Curage de l'aisselle.

La malade meurt au bout d'un an, de généralisation.

N° 105. — 1 mars 1919.

Mme B... 36 ans. La Boissière. — D^r BAILLEUL.

Néoplasme du sein, avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle...

Guérie, la malade vit encore, sans récurrence.

N° 106. — 12 mai 1919.

Mlle L... 44 ans. Alménèches. — D^r FEIT.

Cancer ulcéré du sein adhérent aux plans profonds avec ganglions axillaires et susclaviculaires.

Opération élargie sans cependant toucher aux ganglions susclaviculaires.

Mort par généralisation.

N° 107. — 14 juin 1919.

Mme M... 53 ans. St-Victeur (Sarthe). — D^r BLANKOFF.

Néoplasme ulcéré du sein gauche avec adhérence aux plans profonds. Ganglions sous pectoraux et axillaires volumineux.

Amputation de la glande et des muscles. Extirpation des ganglions (Rachistovaine).

Morte dans le courant de la première année.

N° 108. — 21 juin 1919.

Mme H... 40 ans. La Fresnaye. D^r CHAPIREAU.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires. Adhérence aux plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

La malade meurt en 1920 de généralisation pulmonaire.

N° 109. — 30 juillet 1919.

Mme P... (Irun), D^r AMOUREL.

Cancer du sein avec ganglions axillaires et sus claviculaires.

Opération sous rachi anesthésie. L'incision elliptique habituelle montre au moment de la section du grand pectoral que les côtes sont ramollies et envahies. — Triple résection costale et ablation de la tumeur en un bloc avec les ganglions axillaires. On ne touche pas aux ganglions sus claviculaires.

Morte par généralisation dans le cours de la 3^e année.

N° 110. — 31 juillet 1919.

Mme J... 40 ans. Condé-sur-Sarthe.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

Opérée depuis 3 ans la malade vit encore, sans récurrence.

N° 111. — 10 novembre 1919.

Mme D... 57 ans à Colonard. — D^r GIRAUX.

Néoplasme du sein droit, avec ganglions axillaires

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade vit encore sans récurrence.

N° 112. — 20 février 1919.

Mme L... 59 ans. Gesvres. — D^r PAGES.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted, glandes et muscles. Curage de l'aisselle.

La malade vit encore, sans récurrence.

N° 113. — 11 avril 1919.

Mlle F... 30 ans. La Poôté. — D^r POIRRIER.

Néoplasmes des deux seins avec ganglions axillaires.

Les plans profonds sont intacts.

Amputation des deux seins avec ablation partielle des deux pectoraux. Curage des aisselles.

La malade est actuellement vivante et bien portante.

N° 114. — 24 avril 1919.

Mme R... 50 ans. Mortagne.

Néoplasme volumineux du sein. Propagation vers les plans profonds. Adhérence de la peau. Ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Extirpation de volumineux ganglions le long du grand pectoral. Curage de l'aisselle.

La malade est actuellement vivante sans récurrence.

N° 115. — 24 juin 1919.

Mme P... Bellevue. — D^r BOUTRON.

Cancer ulcéré du sein avec ganglion volumineux, adhérences aux plans profonds. Rachi anesthésie.

Extirpation de la tumeur, des muscles et des ganglions en un bloc.

Le médecin consulté nous écrit que cette malade est morte en 1920 d'une affection ayant rien à voir avec son cancer.

N° 116. — 25 juillet 1919.

Mme R... 54 ans. La Poôté. — D^r PAGES.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted, curage de l'aisselle

La malade est vivante, sans récurrence.

N° 117. — 12 décembre 1919.

Mme T... 58 ans. Couptrain.

Cancer du sein, avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

La malade est vivante, sans récurrence.

N° 118. — Le 13 décembre 1919.

Mme L... 42 ans. Alençon. — D^r BAILLEUL.

Squ shore en cuirasse du sein gauche. Envahissement de la peau par larges plaques dures et rugueuses.

Opération large. La peau notamment est enlevée du sternum à la ligne axillaire et en hauteur de la clavicule à l'ombilic. Ablation du grand et du petit pectoral. Curage de l'aisselle.

La réunion s'obtient partiellement en décollant la peau de l'abdomen jusqu'au pubis et en la faisant remonter autant que faire se peut.

La malade est soumise dès le mois suivant aux rayons X. Les douleurs ont complètement disparu. La cicatrisation est complète, et la malade garde l'illusion d'une guérison définitive.

Morte par généralisation au 14^e mois.

N° 119. — 16 avril 1920.

M. L... 58 ans. St-Patrice-du-Désert. — D^r VACHER.

Cancer du sein avec envahissement de la peau et des

plans profonds. Ganglions axillaires et sus claviculaires.

Amputation de la glande et des muscles et des ganglions
sus claviculaires.

Mort par généralisation au bout de 15 mois.

N° 120. — 21 janvier 1920.

Mme L... 70 ans. Alençon. — D^r COUDERT.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted, glande et muscle grand pectoral.
Curage de l'aisselle.

La malade est actuellement vivante, sans récive.

N° 121. — 2 mars 1920.

Mme N... 47 ans. Alençon. D^r BAILLEUL.

Néoplasme du sein, avec ganglions axillaires. Propaga-
tion vers les plans profonds.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'ais-
selle.

La malade meurt dans l'année, avec apparition d'un
second néoplasme à l'autre sein, et généralisation pleuro-
pulmonaire.

N° 122. — 8 avril 1920.

Mme S... 45 ans. Alençon.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et du grand pectoral. Curage de
l'aisselle.

La malade est vivante et bien portante.

N° 123. — 15 mai 1920.

Cancer du sein ulcéré, avec adhérence aux plans profonds et ganglions axillaires. Ganglions volumineux tout le long de la veine axillaire qui est disséquée avec soin.

Réunion sans autoplastie.

N'ayant pu avoir de renseignements sur l'évolution postérieure, cette malade est considérée dans cette statistique comme étant morte au cours de la première année.

N° 124. — 19 juin 1920.

Mme T... 73 ans. Alençon. D^r CHAPIREAU.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et du grand pectoral. Curage de l'aisselle.

La malade meurt dans l'année.

N° 125. — 6 juillet 1920.

Mme C... 50 ans. Nocé. — D^r GIREAUX.

Néoplasme du sein gauche, avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

La malade vit et se porte bien.

N° 126. — 16 juillet 1920.

Mme D... 57 ans. Alençon.

Néoplasme du sein, avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle. Ganglions très nombreux.

La malade est vivante et bien portante.

N° 127. — 17 juillet 1920.

Mme G... 59 ans (Mauves-sur-Huisne).

Cancer du sein avec ganglions axillaires. Peu d'adhérences.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade est vivante et bien portante.

N° 128. — Le 10 novembre 1920.

Mme V... 53 ans (Alençon), D^r DEMIRLEAU.

Tumeur ulcérée du sein.

Cette malade a été vue par le D^r Le Jemtel l'année précédente — en 1919 — sans ulcération. Mais elle a refusé de se faire opérer. Aujourd'hui l'envahissement de la peau, des plans profonds et des ganglions atteint un gros développement.

Opération élargie. La réunion se fait par seconde intention. Plusieurs récidives locales sont traitées par des applications de radium, mais il se reproduit toujours de nouvelles ulcérations cutanées.

La malade est actuellement vivante.

N° 129. — 8 janvier 1920.

Mme T... 62 ans. — D^r LECOINTE.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

La malade est vivante et bien portante.

N° 130. — 9 février 1920.

Mme J... 55 ans. St-Hilaire-sur-Rille. — D^r PINOCHE.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Curage de l'aisselle.

La malade vit et se porte bien.

N° 131. — 10 janvier 1920.

Mme C... 58 ans. Rémalard. — D^r BUTEL.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et du grand pectoral. Curage de l'aisselle.

La malade est vivante et bien portante.

N° 132. — 13 juillet 1920.

Mme T... Alençon. — D^r COUDERT.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted, glande et muscles. Curage de l'aisselle.

La malade est vivante et bien portante.

N° 133. — 10 octobre 1920.

Mme F... Ste-Scolasse. — D^r JEHANNIN.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

La malade est vivante et bien portante.

N° 134. — 1^{er} novembre 1920.

Mme A... 40 ans. Alençon. — D^r COUDERT.

Cancer du sein avec envahissement des plans profonds et ganglions axillaires. Peau d'orange, pas d'ulcération.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'aisselle.

Six mois après, apparition de ganglions sus-claviculaires.

Deuxième intervention : le 22 juillet 1921.

Extirpation des ganglions sus-claviculaires. Mise en place dans la plaie pendant trente heures, d'un tube de 50 milli-

grammes de Bromure de Radium. Le 18 octobre de la même année, application d'un nouveau tube de Bromure de Radium au niveau de la deuxième lombaire où l'on constate un point douloureux très localisé.

Le 12 décembre 1921 devant l'absence totale de symptômes radiographiques au niveau de la colonne vertébrale, et malgré une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs, hystérectomie abdominale sub-totale.

Revue le 1^{er} juin 1922, la malade est en parfait état, ne souffre plus, marche bien, aucune récidence locale.

N° 135. — Le 2 décembre 1920.

Mme U... 54 ans, Condé-sur-Sarthe. (D^r CHAPIREAU).

Tumeur développée depuis plusieurs années. (Trois d'après la malade). La malade a refusé l'opération jusqu'à ce jour, avant l'apparition de l'ulcération ce qui la décide aujourd'hui.

Adhérence aux plans profonds. Nombreux ganglions axillaires. Opération élargie. La malade est actuellement vivante et bien portante.

N° 136. — Le 21 décembre 1920.

Mme G... 50 ans, Le Bouillon, (D^r HOMMEY).

Femme maigre et cachéchique avec tumeur largement ulcérée. Envahissement des plans profonds. Nombreux ganglions axillaires et sus-claviculaires.

Opération élargie.

Mort par généralisation au bout d'un an environ.

N° 137. — 18 février 1921.

Mme P... 45 ans (Damigny), D^r CHAPIREAU.

Cancer ulcéré du sein.

Les plans profonds sont envahis. Nombreux ganglions axillaires. Ablation en une seule masse de la tumeur, des muscles et des ganglions axillaires.

La malade est actuellement bien portante.

N° 138. — 3 mars 1921.

Mme F... 50 ans, (Alençon).

Cancer ulcéré du sein.

Peau et muscles envahis. Ganglions dans l'aisselle. Cette malade est opérée par anesthésie lombaire. 0,14 cgr. de syncaïne Clin. Opération élargie. Réunion par autoplastie en prenant de la peau sur l'abdomen.

La malade revue est bien portante.

N° 139. — Le 11 mars 1921.

Mme Bl... 71 ans (Alençon), D^r BAILLEUL.

Cancer ulcéré du sein gauche, développé depuis environ deux ans.

Cette malade a été amputée il y a deux ans environ pour une tumeur blanche du genou.

Envahissement de tous les plans profonds. Ganglions axillaires.

Opération de Halsted. Réunion. La malade est actuellement vivante et bien portante.

N° 140. — 15 mars 1920.

Mme D... 60 ans, D^r BAILLEUL.

Cancer volumineux du sein avec ganglions axillaires.

Adhérence à la peau.

Opération de Halsted.

Glandes et muscles. Curage de l'aisselle en un seul bloc.

La réunion difficile s'obtient par large décollement, glissement et autoplastie. La malade est vivante.

N° 141. — 14 avril 1920.

Mme G... 42 ans.

Néoplasme du sein avec ganglions axillaires.

Amputation de la glande et des muscles. Curage de l'ais-
selle.

La malade est vivante.

N° 142. — 25 avril 1921.

Mme C... 60 ans Canapville (Orne). D^r LOUVEAU.

Cette malade a été opérée en 1909, il y a treize ans, d'un cancer du sein droit avec ganglions axillaires.

Le sein examiné aujourd'hui ne présente aucune trace de récidive. Par contre, il existe une tumeur ulcérée du sein gauche, pour laquelle cette malade se reproche d'avoir trop attendu.

Opération large. Ablation de la glande et des muscles.
Curage de l'aiselle.

La malade est encore vivante et bien portante.

N° 143. — 28 avril 1921.

Mme L... (Alençon), D^r DEMIRLEAU.

Cancer du sein avec ganglions axillaires.

Opération de Halsted.

Glande et muscles.

Curage de l'aiselle.

La malade est vivante et bien portante.

N° 144. — 25 janvier 1921.

Mlle Ch... 49 ans, (Alençon) D^r BAILLEUL.

Cancer du sein gauche. Tumeur volumineuse envahissant à la fois le plan profond et la peau, les ganglions axillaires et les ganglions sus-claviculaires. Développement rapide.

Cette malade a déjà été opérée par le D^r Le Jemtel, le 25 octobre 1920 (trois mois auparavant), d'un kyste végétant

de l'ovaire. Elle prétend qu'à ce moment elle n'avait rien remarqué dans son sein. Il semble donc que la tumeur de l'ovaire ait précédé la tumeur mammaire.

Intervention le 25 janvier 1921.

Extirpation large de la glande et des deux muscles grand et petit pectoral. Curage de l'aisselle et de la région sus-claviculaire, sans section de la clavicule. Réunion imparfaite malgré un large décollement de la peau. Cas des plus déplorables. La malade meurt de généralisation dans l'année.

N° 145. — 17 janvier 1921.

Mme B... 55 ans, Courcerault (Orne), D^r CHAPIREAU.

Cancer ulcéré du sein gauche, et cancer du sein droit non ulcéré.

Il existe des deux côtés des ganglions axillaires. Des deux côtés également la peau et les plans profonds sont envahis. A gauche seulement il y a en outre une ulcération assez large (pièce de 5 francs). Cette malade ne peut évidemment tirer un gros bénéfice d'une intervention chirurgicale mais l'ulcération sanieuse et purulente la décide à demander une amélioration même momentanée.

Extirpation large de la tumeur. Ablation du grand et du petit pectoral. Curage de l'aisselle.

La réunion est possible, malgré la difficulté d'attirer la peau sus-sternale, étant donné l'envahissement de l'autre sein.

La malade meurt au bout de deux mois; sans récurrence locale, avant qu'une action sur l'autre sein ait pu être tentée.

On peut dire que pratiquement ce cas était inopérable.

N° 146. — 3 juillet 1921.

Mme R... 76 ans, D^r BEAUDOIN.

Néoplasme du sein.

Avec ganglions tout le long du grand pectoral et dès le creux de l'aisselle.

Extirpation de la tumeur et des ganglions.

Curage de l'aisselle.

Réunion et drainage.

La malade revue au début de mai 1922 a subi une deuxième intervention pour récidence cutanée très limitée. Elle est actuellement en bon état.

Les 32 cas ulcérés se rapportent aux observations dont les numéros suivent :

1907. —	N ^{os}	9 — 10.
1909. —	»	23 — 26 — 27.
1910. —	»	32 — 33.
1911. —	»	37.
1912. —	»	47.
1914. —	»	61 — 64 — 65.
1915. —	»	67 — 68 — 73.
1916. —	»	81 — 85 — 86.
1918. —	»	103.
1920. —	»	113 — 123 — 128.
1919. —	»	105 — 106 — 107.
1920. —	»	113 — 123 — 128 — 135 — 136.
1921. —	»	137 — 138 — 139 — 142 — 145.

